



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

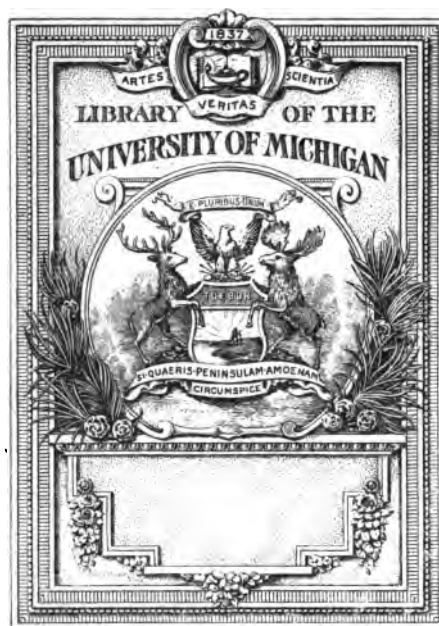
En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>



A

3 9015 00381 010 1

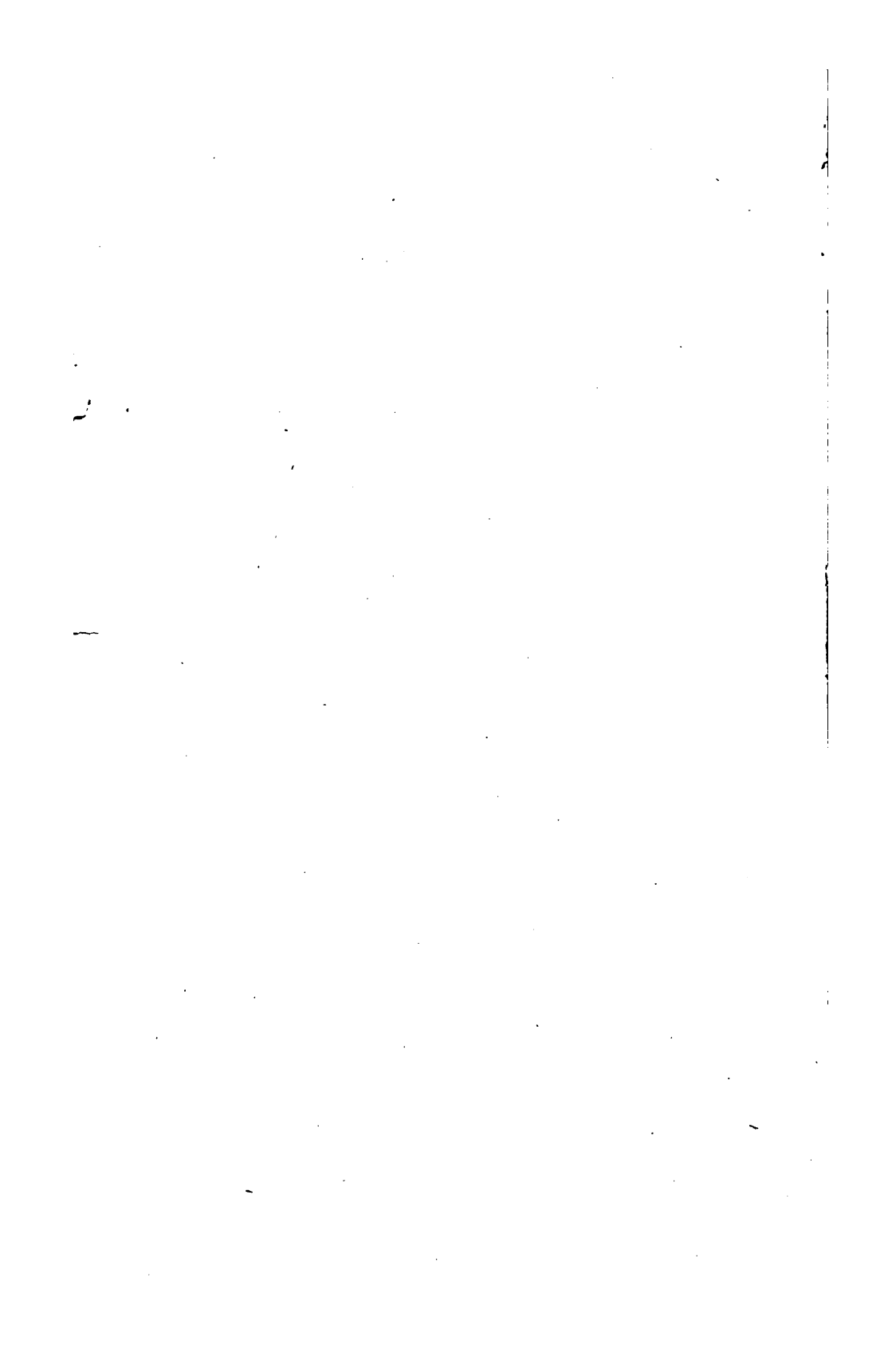
University of Michigan - BUHR



610.5

S678

A53



BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS.

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT :

Pour les membres de la Société :

{ Paris 4 fr.
Départ. 5 50

Pour les abonnés étrangers à la société.

{ Paris 5 fr.
Départ. 6 50

N. B. On s'abonne par *lettres affranchies*, chez MOQUET, libraire, rue de la Harpe 92. Toute lettre que n'accompagnera pas le prix de l'abonnement sera considérée comme non avenue.

L'éditeur pour satisfaire aux nombreuses demandes qui lui étaient adressées, a réimprimé les neuf premières années qui étaient épuisées.

BULLETINS

DE LA

74345

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

DE PARIS.

DEUXIÈME ÉDITION.

9^e ANNÉE (1834).

PARIS.

MOQUET, LIBRAIRE-ÉDITEUR,

RUE DE LA HARPE, 92.

1832

THEORY OF THE CASE

The defendant was charged with the murder of the victim, a woman, who was found dead in a room in a hotel. The victim was a well-known actress and was in the room at the time of the murder.

FACTS

The victim was found dead in a room in a hotel. The victim was a well-known actress and was in the room at the time of the murder.

The defendant was charged with the murder of the victim.

The

The defendant was charged with the murder of the victim.

The defendant was charged with the murder of the victim.

The defendant was charged with the murder of the victim.

The defendant was charged with the murder of the victim.

The defendant was charged with the murder of the victim.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

NEUVIÈME ANNÉE. (1834).

BULLETIN N° I^{er}.

RÉDIGÉ PAR M. CHASSAIGNAC, SECRÉTAIRE.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société Anatomique.

Anomalies de la pédieuse et de la cubitale. — Absès axillaire avec perforation imminente dans le thorax. — Anévrysme de la sous-clavière gauche. — Carie de la région cervicale avec abcès se propageant jusque dans le crâne. — Encéphaloïdes enkystés du tissu osseux. — Tumeur de matière perlée développée sur le pédoncule du cervelet. — Kyste de matière micacée dans l'hémisphère droit du cerveau. — Deux cas de fracture du crâne, avec épanchement sanguin, extérieur à la dure-mère, et provenant dans un des cas de la méningée moyenne. — Végétations des valvules du cœur. — Perforation centrale d'une valvule sigmoïde aortique. — Tumeur hydatique du cou. — Tumeur multiloculaire du cou. — Récidive de cancer du sein un an après l'opération. — Gangrène de l'estomac. — Erosion de l'artère splénique dans une ancienne ulcération de l'estomac. — Gangrène des valvules conniventes. — Atrophie du foie. — Développement de tissu fongueux dans le foie. — Coloration particulière du foie. — Tumeur fibreuse développée dans le col utérin. Rupture de l'utérus pendant l'accouchement. — Rupture de la trompe dans une grossesse tubaire. — Récidive de cancer utérin trois mois après l'ablation du col. — Dilatation énorme, sans

9^e ANNÉE. 1834 2^e édition.

cause appréciable, des voies urinaires. — Perforation du canal de l'urètre. — Hypertrophie du muscle des uretères.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

M. Nélaton présente une anomalie de l'artère pédieuse qui naît de la péronière et traverse le ligament inter-osseux. Il fait remarquer que cette disposition anatomique pourrait, chez un sujet atteint de plaie ou d'anévrysme de la pédieuse, rendre inefficaces des moyens employés pour le traitement.

M. Chassaing présente une anomalie de l'artère cubitale qui, au lieu de s'engager sous les muscles fixés à l'épitrachée, passe au dessus de ces muscles, et reste sous-aponévrotique pendant la première partie de son trajet. Elle s'engage plus loin sous le muscle palmaire grêle dont elle croise la direction pour se rendre à sa destination habituelle.

M. Tessier présente un cas d'abcès considérable de l'aisselle qui s'était propagé jusque dans les espaces intercostaux. Au niveau de celui de ces espaces où la perforation du côté de la plèvre était le plus imminente, le poumon avait contracté des adhérences circonscrites.

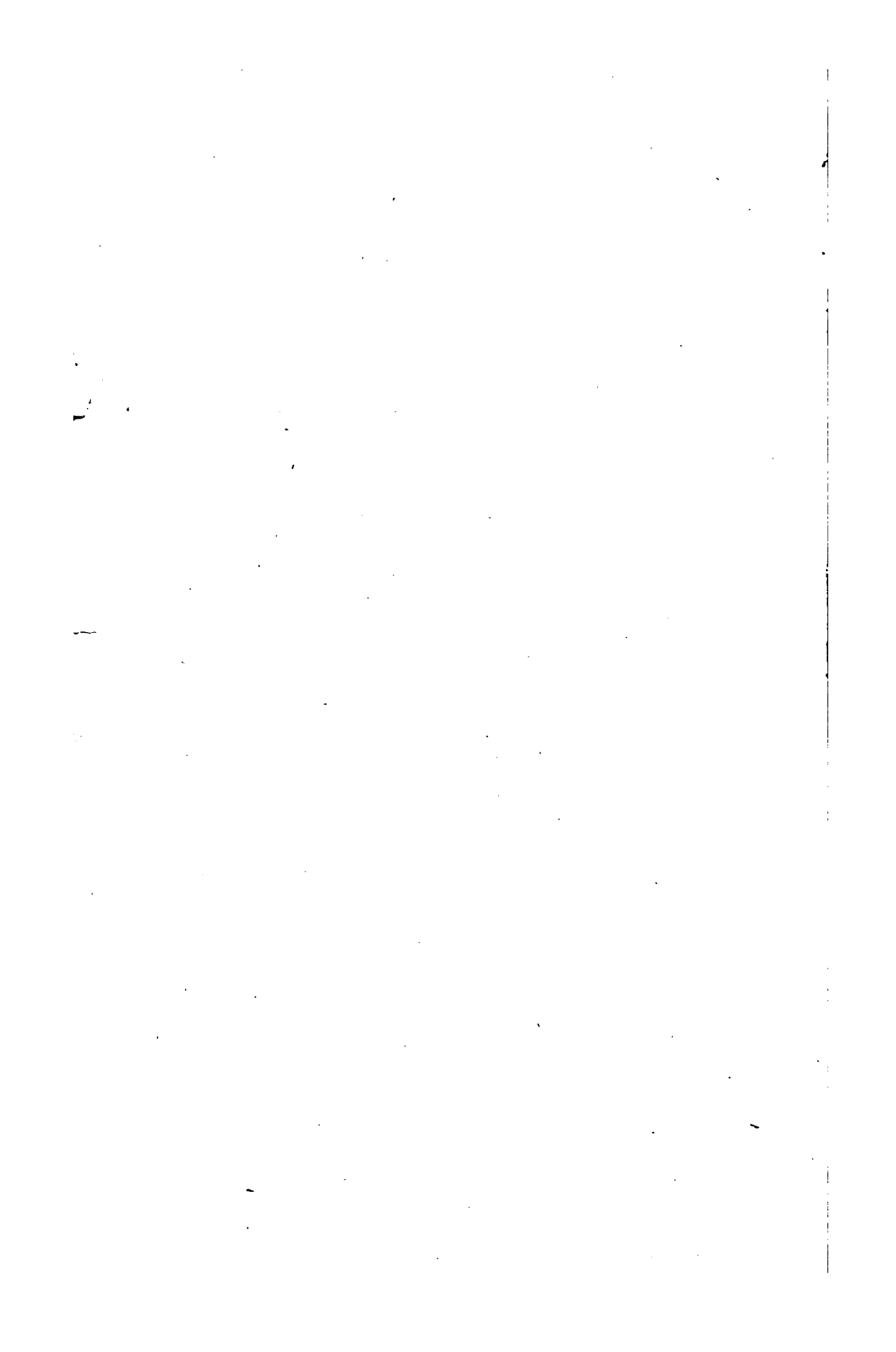
M. Maisonneuve présente un cas d'anévrysme de la sous-clavière gauche, ou du moins d'une tumeur du volume d'une petite noix, remplie d'une matière comme fibrineuse et communiquant avec la cavité de l'artère. Du reste, aucun symptôme n'a révélé, pendant la vie, l'existence de cette tumeur. A ce sujet M. Maisonneuve demande si l'on doit admettre que la tumeur, d'abord développée dans l'épaisseur des tuniques, s'est frayé une communication dans l'artère ; ou bien si la maladie a commencé par l'érosion de la tunique interne, suivie d'épanchement sanguin ultérieur entre les tuniques. M. Cruveilhier et M. Bell sont portés à croire, d'après la connaissance de faits analogues, que la maladie a débuté par la tumeur et fini par la perforation.

M. Gendron présente une carie de la colonne vertébrale chez un sujet de dix ans. C'est principalement dans la région cervicale que siègent les désordres anatomiques. Le corps de la deuxième vertèbre cervicale est complètement dénudé ; le disque placé entre la deuxième

et la troisième cervicale est entièrement détruit. Le pus qui baigne les os malades forme une vaste collection qui soulevait en avant les muscles de la partie antérieure et supérieure du cou, et remplissait deux espèces d'étuis parallèles occupant la place des muscles longs du cou, comme si la partie charnue de ces muscles eût été retirée de leur gaine aponévrotique et remplacée par de la matière purulente. Le foyer purulent communiquait en arrière dans le canal vertébral, à travers l'espace qui sépare la troisième cervicale de la seconde. Il se propageait jusqu'à la gouttière basilaire formant une saillie qui soulevait le ligament occipito-axoïdien et la dure-mère. Il avait de même envahi les articulations occipito-atloïdiennes.

Un autre abcès avec carie existait à la région lombaire.

M. Tessier présente des masses cancéreuses circonscrites rencontrées dans les diverses parties du système osseux, chez une femme qui avait un cancer du sein. Ces masses cancéreuses existent surtout au crâne; elles y affectent les dispositions suivantes: Elles sont au nombre de sept à huit; les unes ne sont apparentes que du côté de la surface externe des os; les autres sont comme incrustées dans la surface interne: il en est une qui apparaît en même temps à l'extérieur et à l'intérieur du crâne, et qui ferme, à la manière d'un tampon, le disque circulaire, d'environ un ponce de diamètre, dans lequel les parois du crâne sont complètement détruites. Enfin, un de ces noyaux cancéreux occupe l'intérieur du diploé emprisonné entre les deux lames compactes. Il semblerait, à l'aspect de ce dernier noyau, que toutes les formes précédentes n'expriment que les diverses phases d'un travail qui a débuté dans le diploé, et qui, suivant le progrès de la maladie, a détruit d'abord une des lames compactes, soit l'extérieure, soit l'intérieure, et enfin les deux à la fois, comme dans la tumeur en tampon dont il a été question. Les deux fémurs de la même femme sont également le siège de tumeurs cancéreuses développées dans l'intérieur du canal médullaire, et qui ont réduit les parois du cylindre osseux à une minceur et à une fragilité extrêmes. Aussi cette femme, ainsi que le rapporte M. Tessier,



BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS.

M. A. Bérard rappelle à ce sujet qu'il a récemment enlevé, chez un enfant de 9 ans, une tumeur aqueuse multiloculaire pareillement située au col. Cette tumeur, qui avait été regardée au premier abord comme de nature fongueuse, contenait de la sérosité dans plusieurs loges distinctes. On avait reconnu sa transparence avant l'opération en plaçant une lumière derrière la tumeur.

M. DeFrance présente encore à la Société, un cas de récurrence de cancer encéphaloïde du sein, recueilli chez une femme qui avait été opérée un an auparavant. La tumeur cancéreuse ne s'était point formée dans la cicatrice; quelques ganglions axillaires indurés ont été enlevés avec la tumeur. L'opération a été pratiquée par M. Roux.

M. Marotte présente une gangrène de l'estomac; cet organe était le siège d'une ulcération ancienne, dont le fond est formé par la substance du foie, d'après un mode de substitution dont la Société a vu récemment de nombreux exemples.

M. Cazeaux présente un cas de perforation ancienne de l'estomac, siégeant à la paroi postérieure du viscère, et dont le fond est formé par le pancréas. On remarque dans le champ de l'ulcération deux ouvertures artérielles béantes qui s'ouvrent à quelque distance l'une de l'autre, et qu'on reconnaît appartenir à l'artère splénique qui a été détruite dans une partie de sa longueur.

Le sujet de cette observation n'a succombé que quatre jours après la manifestation des premiers symptômes d'hématémèse.

M. Cruveilhier rappelle que les hémorrhagies qui succèdent à des perforations anciennes de l'estomac, peuvent provenir de quatre artères différentes; des gastro-épiploïques, splénique, gastrique supérieure et pylorique.

M. Maisonneuve lit une observation de cancer de l'estomac avec gangrène des valvules conniventes de l'intestin grêle. Il présente les pièces anatomiques recueillies sur les sujets de ces deux observations. Les valvules conniventes offrent dans l'étendue de plusieurs pieds une coloration gangréneuse, noirâtre et livide. Une particularité anatomique s'est présentée sur le sujet de cette observation, c'est la continuation des valvules conniventes jusqu'au cæcum, tandis que d'or-

dinaire ces valvules, d'abord clair-semées, se sont presque complètement effacées avant la terminaison de l'intestin grêle : elles conservaient ici le même aspect que dans le duodénum.

M. Peyrot présente à la Société un exemple d'atrophie du foie, qui est réduit à peine au tiers du volume ordinaire. La substance de l'organe, qui est granuleux et inégal à sa surface, paraît formée de grains plus volumineux que ceux qui dans l'état normal constituent le tissu de la glande. Ces grains sont comme enkystés et contenus dans de petits sacs fibreux, denses, et de l'intérieur desquels on peut les faire sortir comme par énucléation. M. Cruveilhier fait remarquer à cette occasion que les cas de cette nature consistent, suivant lui, dans l'hypertrophie d'un certain nombre de grains glanduleux coïncidant avec l'atrophie de tous les autres, ce qui explique d'une part l'aspect granuleux de la surface du foie qui est comme mamelonnée ; d'une autre part, l'existence d'une hypertrophie partielle, coïncidant avec une atrophie de la majorité des grains, circonstance qui rend compte de la diminution absolue du volume que présente le foie.

M. Caseaux présente un foie converti en une masse jaune très-compacte et d'un volume au moins triple de celui du foie dans son état normal. Dans les diverses parties de cette masse commune se trouvent des masses partielles d'un tissu spongieux comme érectile. Cette coexistence de masses fongueuses avec une conversion à l'état jaune du foie est rare ; c'est peut-être un des seuls exemples qui en aient été offerts jusqu'ici à la Société anatomique. Le sujet de cette observation n'avait pas offert de teinte ictérique. La vésicule était remplie d'une bile verte foncée en couleur ;

M. Casalis présente un foie dont la coloration, la compacité et la cassure ont ceci de remarquable qu'elles se rapprochent de celles de la cire jaune.

M. Pegot présente une tumeur offrant la plus grande analogie d'aspect avec les tumeurs fibreuses qu'on voit se développer dans l'ovaire. En l'examinant avec attention, M. Cruveilhier reconnaît l'intégrité de l'ovaire, et sa présence à la partie antérieure de la tumeur. Le corps de l'utérus est de même placé au devant de la tumeur, et est dans

na état d'intégrité complète. La tumeur, dont le tissu intime est de nature fibreuse et homogène, présente, suivant la remarque de M. Beau, le même aspect que la chair légèrement colorée du veau. M. Cruveilhier, en détachant avec les doigts les enveloppes de la tumeur qui sont distinctes de son tissu propre, et qui sont très analogues au tissu des parois utérines, reconnaît que celle-ci s'est développée dans l'épaisseur même de la paroi postérieure du col utérin, et qu'elle a effectué son développement vers le vagin et non vers l'abdomen; il fait remarquer que cette disposition est très rare, et qu'il ne l'a jusqu'ici jamais observée dans le col.

M. Mavré présente un cas de rupture du col utérin, s'étendant à la partie postérieure, depuis l'orifice jusqu'à deux pouces au dessus, dans un utérus qui a encore sept pouces à peu près de hauteur. Le tissu de l'utérus est parfaitement sain. M. Mavré apprend que la version a été pratiquée sans faire connaître pour quel motif. Plusieurs des membres inclinent à regarder cette déchirure comme étant le résultat des manœuvres obstétricales. Le défaut de renseignements plus précis ne permet pas d'établir rien de positif au sujet de la cause de rupture.

M. Dupré présente un cas de rupture de la trompe chez une femme arrivée à la septième semaine d'une grossesse tubaire : l'hémorrhagie qui s'est faite dans la cavité péritonéale a été extrêmement abondante; la seule cause appréciable de cette rupture a paru tenir à de vives impressions morales.

M. Ripault présente un cas d'ulcération du col et d'une grande partie du corps de l'utérus chez une femme qui, deux mois et demi auparavant, a été opérée par M. Blandin. Une grande partie de l'utérus est dans un état de putrescence; le reste dans un état d'induration.

M. Sestié montre un cas de dilatation du bassin et de l'uretère avec végétations dans ce dernier conduit. Le rein, qui a le triple du volume ordinaire, semble converti en une poche multiloculaire dont les loges sont formées par les calices dilatés et recouverts du côté de la surface du rein par une couche de substance glanduleuse. Dans

l'urètre du même côté on rencontre, à deux pouces au dessous du rein et à trois pouces de distance l'une de l'autre, deux végétations mollasses, fongueuses, qui font à peine relief à l'intérieur du canal, et qui n'expliquent pas d'une manière satisfaisante la rétention d'urine et la dilatation énorme du rein et de l'urètre, qui n'expliquent non plus aucune dilatation dans le trajet ultérieur de l'urine. Il est peut-être permis de supposer que les végétations n'auront pas été détruites ou n'auront diminué de volume que depuis peu ; mais il est à remarquer que l'urètre présente au dessous d'elles un diamètre presque égal à celui qu'il présente au dessus.

M. DeFrance présente à la Société un cas de perforation du canal de l'urètre au niveau de la prostate, dans le tissu de laquelle ont été pratiquées des fausses routes. On ne rencontre dans l'urètre aucune disposition qui ait pu donner lieu à une rétention d'urine ; mais on y trouve quelques vestiges de cicatrices, qui ne forment à la vérité aucun relief dans le canal. A l'extérieur de l'urètre et au niveau du bulbe, on trouve une tumeur allongée du volume d'une noix, et au centre de laquelle existe une collection purulente. M. A. Bérard s'assure qu'une pression assez forte, exercée sur cette tumeur, ne peut faire refluer aucun liquide dans le canal de l'urètre. Sur la vessie du même sujet on trouve des traces évidentes de cystite. On trouve aussi une tuméfaction de l'espèce de bande transversale qui s'étend entre les orifices des deux urètres, et qui a été désignée sous le nom de *muscles des urètres*. Cette bande transversale, faisant relief sur le trigone vésical, forme comme une espèce de pont, au dessous duquel la muqueuse présente un cul-de-sac dont l'ouverture est tournée en arrière du côté du bas-fond. On constate que cet épaississement ne pouvait apporter aucun obstacle notable à la sortie de l'urine.

M. Reich fait hommage à la société d'une monographie latine sur la membrane pupillaire (1).

(1) *Dissertatio inauguralis anatomica, auctore Georg. Frideric. Ottom. Reich, medicinar et chirurgie doctore. Berolini, 1833. Apud Kirschwald.*

Extrait d'un mémoire sur les hernies,
communiqué à la Société anatomique ; par M. TESSIER.

Dans ce travail, qui a spécialement pour objet les hernies anciennes, nous nous proposons d'examiner successivement : 1° Les rapports de la tunique vaginale et du sac péritonéal, 2° la disposition anatomique du collet du sac, 3° le siège de l'étranglement, et les accidents généraux que détermine la constriction des parties herniées.

1° *Rapports de la tunique vaginale et du sac.* — Du pourtour de l'anneau abdominal, où se trouve son point d'origine, le sac peut se prolonger jusqu'à la partie postérieure de la tunique vaginale, qu'il pousse en dehors et en avant, tandis qu'il laisse en arrière et en dedans le cordon des vaisseaux spermaticques.

Alors le sac se trouve contenu dans une anse à concavité supérieure, dont la partie antérieure et externe est formée par la tunique vaginale, la partie postérieure et interne par le cordon spermaticque plus ou moins étalé. Si nous ajoutons qu'à peu près constamment la tunique vaginale est distendue par de la sérosité, on comprendra que cette membrane puisse faire hernie à travers une éraillure de la paroi antérieure du sac : et cette circonstance s'est présentée à notre observation dans une opération de hernie que pratiquait M. Sanson. Enfin, ces rapports assez fréquents et le plus souvent méconnus de la tunique vaginale et du sac trompent beaucoup de chirurgiens qui, prolongeant trop bas leur incision, ouvrent la tunique vaginale, établissent une communication entre sa cavité et celle du sac, mettent à nu le testicule, et donnent lieu ainsi à des *hernies congénitales artificielles*. Nous avons vu cette dénudation du testicule être suivie de l'inflammation de cet organe.

2° *Disposition anatomique du collet du sac.* — Autour de l'orifice postérieure du canal inguinal, on voit le feuillet pariétal du péritoine plissé à la manière d'une

bourse à cordons Ces plis sont disposés en éventail, et les plus prononcés présentent leur sommet à la partie interne et inférieure de l'anneau; de ce point ils se déploient en divergeant sur les parties voisines, recouvrant ainsi les vaisseaux spermatiques et épigastriques. Cette disposition du péritoine prouverait à elle seule que le sac a été formé par la traction du feuillet qui recouvre les parties voisines, opinion contraire à celle d'Astley Cooper, qui regarde le sac comme une cavité formée de toutes pièces, et due à l'extensibilité de la fossette péritonéale que l'on rencontre dans l'état naturel derrière l'anneau. Les organes voisins, dans cette hypothèse, devraient conserver leur position naturelle; cependant il n'en est point ainsi: dans les cas que j'ai observés, le péritoine qui tapisse l'ouraque lui-même était porté du côté de la hernie, et la vessie offrait une semblable déviation. Pour ces raisons l'opinion d'Astley Cooper me paraît inadmissible. Bien plus, ce déplacement des organes voisins de l'anneau peut, il me semble, rendre compte de la formation de certaines cystocèles, qui, placées à l'extérieur d'un sac herniaire, sont presque toujours l'effet et non la cause de la hernie concomitante.

Dans le canal inguinal, les plis de la séreuse ont disparu; sa consistance, l'épaisseur du péritoine sont considérablement augmentées; sa face externe est intimement unie aux tissus fibreux environnants. De cette adhérence il résulte que le sac a perdu son droit de domicile dans l'abdomen, que les organes ne peuvent recouvrer la portion du péritoine qui leur a été enlevée.

Un rétrécissement circulaire, formé par un anneau d'une structure fibreuse très évidente, large de deux à trois lignes, intimement uni d'une part au sac, de l'autre aux tissus environnants, indique le point de

communication entre la cavité du sac et celle du péritoine.

3° *Siège de l'étranglement.* — C'est dans ce point que se passent le plus souvent les phénomènes mécaniques de l'étranglement. Cette opinion, proclamée par Scarpa, professée à l'Hôtel-Dieu, je l'ai vérifiée sur un homme qui, sur le point d'être opéré d'une hernie inguinale gauche étranglée, mourut avant qu'on eût put lui porter secours. Il s'était écoulé 23 heures entre le début des accidents et leur terminaison funeste. Chez cet homme, le bourrelet saillant dont j'ai parlé plus haut était boursoufflé, infiltré de sang, et adhérait à l'intestin aussi fortement que cela est possible après vingt-trois heures. Au même niveau le sac était circulairement ramolli; il était ecchymosé autour du ramollissement, tandis qu'il offrait dans tous les autres points l'aspect d'un péricarde à l'état sain. L'ecchymose s'était étendue aux enveloppes fibreuses qui en ce lieu adhèrent à la face externe du sac. Les anneaux fibreux qui limitent le canal inguinal ne faisaient subir aux parties sous-jacentes aucune constriction. Dans l'intervalle qui les sépare, avaient eu lieu l'effort de dilatation des parties herniées, la résistance du collet du sac, et leur désorganisation.

4° *Accidens généraux de l'étranglement.* — Il est dans l'histoire de l'étranglement une autre question aussi importante que celle de son siège : je veux parler des lésions qu'il détermine sur la séreuse péritonéale, lésions, qui, nées sous son influence, ne disparaissent pas toujours avec lui; je dirai plus, qui souvent réduisent à rien les bienfaits de l'opération :

Lorsque l'on énumère les symptômes généraux de la hernie étranglée, tels que les nausées et les vomissements, la douleur, la tension, le météorisme du ventre, la petitesse, la fréquence du pouls, l'altération profonde des

traits, on ne cherche point le lien qui unit ces phénomènes secondaires au phénomène primitif, la constriction des parties herniées. Ce lien me paraît être l'inflammation partielle ou générale du péritoine. Le collet du sac distendu, enflammé, est, je crois, le point de départ de deux inflammations : la première envahit les parties situées au dessous de l'étranglement ; son histoire est complète dans la science ; la seconde, moins vive, moins rapide dans sa marche, étendue à la cavité péritonéale en partie ou en totalité, n'a point assez fixé l'attention des praticiens. J'en ai trouvé les traces chez le malade dont j'ai parlé. Une sérosité rosée, en assez petite quantité, qui s'écoula lorsque j'ouvris la cavité péritonéale, quelques fausses membranes très fines et presque incolores, voilant par des stries nombreuses et très minces, la surface séreuse de l'intestin, furent pour moi les indices d'une péritonite. Je rappellerai que des malades sont morts de péritonite, à la suite de hernies étranglées réduites par le taxis, sans qu'on trouvât, bien entendu, d'épanchement de matières fécales. Souvent après la réduction sans opération, les symptômes généraux persistent pendant un temps plus ou moins long avec les caractères de la péritonite. Ne sait-on pas d'ailleurs que cette inflammation vient fréquemment compliquer les inflammations aiguës ou chroniques des organes contigus au péritoine. Pourquoi donc attribuer les symptômes à l'interruption du cours des matières occasionnée par la constriction d'une anse intestinale ? Loin de moi l'idée de croire innocente cette interruption ; mais la science fourmille d'observations de constipations opiniâtres dont les accidents ont duré des semaines entières sans faire périr les malades. Il y a loin de ce terme à celui des hernies étranglées, sauf quelques exceptions. D'ailleurs, lorsque l'étranglement comprime l'épiploon ou une tumeur graisseuse, les symptômes généraux sont les mêmes ; on les retrouve encore lorsque le cordon enflammé est étreint dans le ca-

nal inguinal, ou lorsque l'intestin est seulement pincé : je crois donc que les symptômes généraux des hernies étranglées sont des symptômes de péritonite. Pour n'avoir pas rattaché les accidents à cette lésion, d'habiles praticiens, après avoir réduit des hernies par le taxis, s'étonnent de la persistance des symptômes, et croient, ou bien que des anses intestinales sont tordues, ou bien qu'ils ont réduit en masse le sac et la hernie et que l'étranglement persiste encore. Dans ces cas bien souvent il arrive que le traitement antiphlogistique, auquel on a recours à tout hasard, amène la disparition des accidents. La péritonite est souvent, on peut le dire, antérieure à l'opération.

J'ajouterai qu'il est une troisième cause de péritonite; c'est la réduction des parties violemment étranglées. Il est vrai que l'humidité péritonéale est le meilleur topique, l'émollient le plus favorable à prévenir ou à combattre l'inflammation, le ramollissement et la perforation d'un intestin gorgé de sang, pour ainsi dire asphyxié. Mais, d'autre part, ne peut-on pas admettre qu'un intestin qui a subi de très notables altérations dans ses qualités normales, non seulement enflammera la séreuse avec laquelle il est en contact, mais encore agira comme un corps étranger introduit dans la cavité péritonéale.

Extrait d'un Mémoire sur quelques points d'anatomie, de physiologie et de pathologie de la colonne vertébrale ;

Par M. CHASSAIGNAC.

Le premier objet que je me propose de signaler, c'est l'existence de quelques saillies osseuses qui ne se remarquent d'une manière bien apparente que dans les vertèbres lombaires et dans les deux dernières vertèbres dorsales. Ces éminences, auxquelles je me crois autorisé à donner le nom de tubercules sous-apophysaires, sont situées à la base et en arrière de l'apophyse costiforme des vertèbres lombaires, précisément sur la ligne des apophyses articu-

taires, mais au dessous d'elles, et de même qu'on donne aux tubercules qui surmontent les apophyses articulaires le nom de tubercules apophysaires, j'ai cru devoir donner aux éminences dont je parle le nom de tubercules sous-apophysaires. Ces petites éminences se présentent sous l'aspect d'un mamelon très-distinct, surtout dans les deux dernières dorsales, et que j'ai constamment retrouvé sur un certain nombre de colonnes vertébrales que j'ai examinées à ce sujet. Ces tubercules servent d'attache précise à ceux des tendons du long dorsal qu'on dit se porter aux apophyses articulaires. Ce qui s'attache véritablement aux apophyses articulaires et aux tubercules apophysaires qui les surmontent, ce sont les tendons du muscle généralement nommé le transversaire épineux. La connaissance de ce fait rectifie une erreur anatomique qu'on rencontre dans la plupart des auteurs : à savoir, que les tendons, prétendus articulaires du long dorsal, se fixent aux apophyses articulaires, tandis que c'est aux tubercules dont j'ai parlé et qui en sont tout-à-fait distincts.

Ajouterai-je que ces tubercules offrent à la région lombaire un aspect tel qu'ils forment un caractère distinctif de plus pour ces vertèbres.

J'indiquerai encore ici l'existence d'un tubercule qui se trouve à un degré plus ou moins prononcé dans toutes les vertèbres cervicales, mais qui est beaucoup plus développé dans la sixième que dans toutes les autres, ce qui me paraît donner lieu à des conséquences chirurgicales d'une certaine importance. Ce tubercule de la sixième vertèbre cervicale, auquel on peut donner le nom de *tubercule-carotidien*, parce que cette dénomination indique ce qu'il y a de plus important et de plus pratique dans les rapports de cette éminence osseuse, c'est-à-dire, son voisinage avec l'artère carotide, ce tubercule, dis-je, forme un relief d'autant plus prononcé qu'on l'examine chez des

sujets plus avancés en âge ; il offre aussi, d'individu à individu, et quelquefois sur le même sujet d'un côté à l'autre, quelques variétés assez notables dans le degré de saillie qu'il forme au devant de l'apophyse transverse.

De même qu'elle varie dans son volume, cette éminence offre dans sa forme des différences individuelles qu'on doit indiquer. Chez quelques sujets elle consiste en une simple languette osseuse ou tubercule qui proémine au-devant de l'apophyse transverse. Chez d'autres au contraire, elle constitue un véritable crochet à concavité tournée en avant. Cette dernière disposition est très marquée chez quelques animaux, et notamment chez le chat, où le tubercule carotidien constitue un crochet facile à sentir à travers les téguments de l'animal.

Mais ce qui mérite de fixer l'attention sur cette éminence osseuse, ce sont les rapports avec les organes environnants.

En avant et un peu en dedans elle répond à l'artère carotide primitive ; aussi ce tubercule fournit-il sur la position de l'artère des indices tellement précis qu'on peut, les yeux fermés, et en tenant un doigt sur cette éminence, facile à sentir au travers des téguments, plonger un bistouri dans l'artère sans incision préalable, ainsi que la chose est arrivée à plusieurs personnes dans des essais qui ont été tentés à ce sujet sur des cadavres.

Le tubercule carotidien est du reste recouvert en avant par le bord antérieur du sterno-mastoïdien, par le feuillet fibreux du fascia cervicalis, le peaucier, etc. Toutefois quand on applique les doigts dans la dépression qui indique à l'extérieur le bord interne du sterno-mastoïdien, il est très facile de sentir, à deux pouces au-dessus de la clavicule, une éminence acuminée, assez aiguë chez quelques sujets pour déterminer une pression douloureuse sur le doigt qui s'y appliquerait un peu fortement.

'est immédiatement au dessous de ce tubercule osseux,

que l'artère vertébrale pénètre dans le canal des apophyses transverses. C'est encore au dessous de lui que se place l'artère cervicale profonde ou cervicale postérieure.

Enfin, l'artère thyroïdienne inférieure, venant croiser, en passant derrière elle, l'artère carotide au niveau de la cinquième cervicale, est encore très rapprochée de ce tubercule : on peut en dire autant de l'artère cervicale ascendante.

Supérieurement, le tubercule carotidien reçoit l'insertion inférieure du grand droit antérieur de la tête qui y envoie une languette fibreuse très mince, circonstance qui concourt puissamment à accroître la proéminence du tubercule, et voici en quoi : le corps charnu du muscle droit, étant couché sur la face antérieure des apophyses transverses cervicales, matelasse en quelque sorte ces apophyses et les dérobe en partie au toucher, tandis que le tubercule carotidien ne recevant de ce muscle qu'une languette fibreuse très fine, est beaucoup plus facile à percevoir à travers les téguments. C'est, entre autres circonstances, à la manière dont se termine le muscle droit, qu'est dû en grande partie le relief que forme sur le cadavre le tubercule dont je parle, tandis que sur le squelette la disproportion de ce tubercule avec ceux des autres vertèbres cervicales, est beaucoup moins choquante.

Une autre cause de la proéminence du tubercule, c'est la direction subitement rétrograde ou le déjettement en arrière de l'apophyse transverse de la septième cervicale ; d'où il résulte que le tubercule carotidien termine d'une manière brusque inférieurement la rangée des apophyses transverses des six premières cervicales, aucune éminence ne lui faisant suite au dessous.

A quoi j'ajouterai que la sixième vertèbre étant, ainsi que je m'en suis assuré par des expériences directes, la

plus mobile des six dernières vertèbres cervicales, surtout dans ses rapports avec la septième, elle devient, dans le renversement du col en arrière, le point le plus prééminent de la région cervicale en avant, ce qui augmente beaucoup, dans cette attitude, le relief des deux tubercules carotidiens de cette vertèbre.

Des diverses circonstances que je viens d'énumérer, il résulte que, si le tubercule carotidien tire son existence d'un relief véritable situé sur la sixième vertèbre, il la doit aussi en grande partie à plusieurs circonstances qui se réunissent pour accroître la saillie qu'il forme sur le cadavre.

La proéminence remarquable de ce tubercule, et la possibilité de reconnaître sa présence au travers des téguments, donnent lieu, d'une part, à des applications anatomiques; d'une autre part, à des applications chirurgicales. Mais avant de faire connaître ces applications on doit convenir pour rester dans la vérité, 1° que le tubercule carotidien est beaucoup moins facile à sentir sur le vivant, à cause de la résistance plus grande du peaucier, et surtout du bord antérieur du sterno-mastoïdien; 2° qu'en outre, pour que l'artère carotide conserve avec le tubercule carotidien les rapports que j'ai indiqués, il faut que le col soit dans une rectitude parfaite, car aussitôt qu'il y a une rotation, même peu considérable, l'artère n'a plus avec le tubercule des rapports aussi précis.

Sous le rapport purement anatomique; le tubercule carotidien offre cet avantage qu'il constitue un point fixe sur lequel on peut se guider pour la détermination précise de la place qu'occupent les divers organes du cou, principalement des nerfs. On sait en effet, pour peu qu'on ait l'habitude des préparations anatomiques, que dans la dissection des nerfs du cou on éprouve fréquemment de l'hésitation à déterminer à première vue le rang

d'une paire de nerfs donnée. Or, le rang d'une paire cervicale ne pouvant être déterminé de prime abord, qu'en sachant entre quelles vertèbres elle est placée, le tubercule carotidien, en révélant de suite la position de la sixième vertèbre cervicale, fait cesser à l'instant toute hésitation.

Comme conséquence anatomique, j'ajouterai encore que la présence de ce tubercule donne à la sixième cervicale un caractère différentiel qui la distingue de toutes les autres, et de même que la prédominance de l'apophyse épineuse fait le caractère distinctif de la septième cervicale, ainsi la prédominance du tubercule carotidien fait le caractère de la sixième.

Sous le rapport des applications chirurgicales, on peut déduire de ce qui a été dit précédemment, les conclusions suivantes :

1° Il est possible de se diriger dans la recherche de l'artère carotide sur le tubercule carotidien, comme sur un guide d'une précision en quelque sorte mathématique.

2° S'il arrivait que, dans l'impossibilité de pratiquer à l'instant même la ligature de la carotide primitive pour une blessure de cette artère, on voulût suspendre provisoirement l'hémorrhagie, le même tubercule fournirait encore les indices les plus précieux sur la position de l'artère, même en supposant qu'une infiltration sanguine en eût offusqué les battemens; il offrirait aussi à sa partie interne une surface que je crois la plus propre à servir de point d'appui pour une compression provisoire de l'artère carotide.

3° Dans une plaie par instrument piquant qui serait placée au voisinage de ce tubercule, et qui serait accompagnée d'hémorrhagie, le sang pourrait provenir de l'une et même de plusieurs des quatre ou cinq artères suivantes; savoir, la carotide primitive, la thyroïdienne inférieure,

la vertébrale, la cervicale postérieure, la cervicale ascendante. Or, le tubercule carotidien pourrait, en donnant des indications très approximatives sur la position de ces diverses artères, servir de point de départ aux recherches du chirurgien dans l'application d'une ou de plusieurs ligatures. — Ainsi la ligature de l'artère vertébrale qui, pour d'autres motifs, restera peut-être toujours impraticable, se ferait avec beaucoup moins de tâtonnements, ainsi que je le prouverai en faisant connaître plus tard un procédé que je regarde jusqu'ici comme purement anatomique.

4° Si on éprouve quelques difficultés à sentir sur le vivant le tubercule carotidien à travers les téguments, ces difficultés cesseraient immédiatement après la section des couches les plus superficielles.

5° On peut se guider sur le tubercule carotidien pour pratiquer la ligature de l'artère thyroïdienne inférieure, qui passe transversalement à peu de hauteur au dessus de lui.

.
J'arrive à une question de physiologie au sujet de laquelle j'ai à proposer une explication que je crois nouvelle: elle a pour objet le raccourcissement de la colonne vertébrale après une marche prolongée. Les physiologistes n'ont cru pouvoir trouver d'autre raison du raccourcissement de taille qui a lieu dans ces cas, que l'affaissement par compression des substances intervertébrales qui, dans le repos, reviendraient à leur état primitif par une sorte de réaction lente. J'avouerai que cette explication, dans laquelle on admet une diminution absolue de longueur par affaissement des substances, m'a toujours paru un peu paradoxale; et je la crois tout-à-fait dénuée de fondement depuis que, par des expériences directes, je me suis assuré que l'effet des pressions exercées sur la colonne rachidienne dans le sens vertical ne pouvait en diminuer la lon-

gueur qu'en augmentant les courbures de cette colonne, mais non en déprimant d'une manière absolue les disques intervertébraux. Ainsi que l'a observé Monro, la lentille pulpeuse qui occupe le centre des disques intervertébraux, peut être considérée comme une sorte de pivot, un point d'appui liquide sur lequel jouent les vertèbres. Ce point d'appui me semble partager l'incompressibilité des liquides ce qui serait incompatible avec l'idée d'une diminution absolue de hauteur dans les disques, mais ce qui se concilie très bien avec l'opinion d'une augmentation des courbures qui font gagner en espace dans un sens ce qu'elles font perdre dans l'autre. Il en est ici de même que dans le raccourcissement de la taille chez les rachitiques : la colonne vertébrale, ainsi que l'a démontré M. Cruveilhier, ne présente chez la plupart aucune diminution absolue de longueur, mais bien une diminution apparente dépendant des inflexions vicieuses de la colonne.

Note sur le système musculaire ;

par M. CHASSAIGNAC.

Quand on jette un coup d'œil sur la configuration générale des muscles, on est frappé de l'étonnante diversité de leur forme. Ces variétés de forme peuvent néanmoins se rattacher à quelques principes généraux qui n'ont pas encore été formulés. Ces principes, ou lois de configuration, ne m'occuperont pas dans les considérations qui vont suivre. Je me propose seulement de rechercher la loi qui préside à l'économie respective de la fibre tendineuse et de la fibre musculaire dans la composition intrinsèque des muscles.

Pourquoi, par exemple, y a-t-il des muscles qui offrent une de leurs faces ou un de leurs bords occupé dans presque toute sa longueur par un tendon, tandis que ce même tendon est tout recouvert de fibres charnues dans un sens

opposé ? Cette particularité de conformation est-elle stérile de sa nature et sans résultat ?

Pourquoi, par exemple, les muscles de la partie antérieure de la jambe offrent-ils presque tous un tendon que les fibres charnues abandonnent très vite en avant, tandis qu'elles le poursuivent très loin en arrière ?

Si la loi qui préside à ces dispositions était connue, l'étude de la structure des muscles cesserait d'être cette énumération stérile et purement topographique dans laquelle on expose l'incidence des fibres charnues sur les fibres tendineuses, détails presque entièrement dépourvus d'intérêt. Or, on peut, je crois, établir à ce sujet les propositions suivantes :

1° Il est très peu de muscles parfaitement rectilignes.

2° Presque tous, au contraire présentent des flexuosités ou courbures, d'où résulte que leur action n'est presque jamais directe.

3° Il n'y a presque aucun muscle qui, dans sa contraction, ne se réfléchisse pas d'une manière plus ou moins prononcée, soit sur une surface osseuse, soit sur un anneau tendineux, et dans cette réflexion il exécute, non pas un glissement simple, mais un glissement avec pression ou frottement.

4° Parmi les muscles il en est qui ne glissent avec frottement que par un seul de leurs côtés ; il en est qui peuvent glisser alternativement d'un côté ou d'un autre, suivant l'état dans lequel se trouvent les articulations que ces muscles avoisinent. Mais les muscles à double surface de frottement sont beaucoup moins nombreux que les autres.

J'ai remarqué que, dans un muscle à surface de frottement unique, la partie tendineuse ou albuginée du muscle se prolongeait beaucoup plus loin du côté de la surface de frottement que du côté opposé.

Quel est, par exemple, pour les muscles de la partie antérieure de la jambe, celui de leur bord qui glisse avec pression quand ces muscles se contractent ? ce n'est pas leur bord postérieur, En effet ces muscles tendent évidemment à faire saillie en avant ; leur effort de frottement s'exerce donc contre le ligament annulaire du tarse. Eh bien ! tous sans exception ont une surface albuginée beaucoup plus étendue en avant qu'en arrière.

Les muscles psoas et iliaque présentent de même leur surface de réflexion en arrière, sur le rebord de l'os coxal. Or, c'est en arrière que vous voyez se prolonger leur partie albuginée, tandis qu'en avant la partie albuginée du muscle occupe une étendue beaucoup moins considérable.

Le muscle obturateur interne offre une des applications les plus frappantes de cette loi de la constitution musculaire. De ses deux surfaces l'une se réfléchit sur la petite échancrure sciatique, l'autre n'exerce aucune pression : or, le tendon de ce muscle se déploie sur la face de glissement dans une étendue quatre fois plus considérable que sur la surface opposée, où l'on voit les fibres charnues revêtir le tendon jusqu'au lieu même de son insertion.

Le muscle poplité offre une disposition parfaitement analogue.

Je ne dois point dissimuler ici que cette loi comporte des exceptions ; mais parmi ces dernières il en est qui ne sont qu'apparentes, et qui s'interprètent d'une manière tout-à-fait favorable au sens de la loi que j'ai indiquée, il en est d'autres qui, je l'avouerai, m'ont paru encore insolubles.

Parmi les exceptions apparentes, je rangerai surtout la disposition de certains muscles dans lesquels la surface albuginée se prolonge dans une égale étendue sur les deux faces opposées du même muscle, tels sont plusieurs des muscles de l'avant-bras. Voici ma réponse à cette

objection : il est des muscles qui peuvent glisser avec pression alternative, soit sur une de leurs faces, soit sur la face opposée, suivant que l'articulation qu'ils avoisinent est dans telle ou telle condition. Tels sont, par exemple, les fléchisseurs des doigts. Lorsqu'en effet la main est fortement étendue sur l'avant-bras, si ces fléchisseurs se contractent, il devient évident qu'ils glissent avec frottement contre le carpe, c'est-à-dire, par leur face postérieure ; si, au contraire, la main est fortement fléchie sur l'avant-bras, et si les mêmes muscles se contractent, ils ne font plus effort contre les os, mais bien contre le ligament annulaire, c'est-à-dire, qu'ils frottent par leur surface antérieure.

Il serait fastidieux de poursuivre plus loin les applications multipliées de cette loi que je crois pouvoir résumer ainsi. Des diverses surfaces d'un muscle, celle qui glisse avec frottement est celle aussi sur laquelle prédomine le tissu albuginé. En sorte qu'on peut avec une égale certitude et pour un muscle quelconque, annoncer *a priori* d'après l'examen de ses surfaces celle qui glisse avec frottement, et *vice versa* d'après la connaissance du côté sur lequel glisse un muscle, de quel côté on trouvera la plus grande surface albuginée de ce muscle.

Obs. N.º 1. — *Paralysie incomplète du mouvement et du sentiment du côté droit; perte de la vue. Tubercules du cervelet et de la protubérance annulaire.*

Observation recueillie par M. BELL interne à l'hôpital des Enfants-Malades.

Mourgue (Jean), âgé de 14 ans, d'une forte constitution, a joui d'une bonne santé jusqu'au mois de février 1833. A cette époque, par suite d'une vive frayeur, éprouvée en voyant un cadavre qu'on retirait de l'eau, il fut pris, disent les parents, de *fièvre cérébrale* qui dura plusieurs semaines :

pendant la convalescence, les membres inférieurs s'œdématisèrent, et un épanchement se forma dans le ventre. Au mois d'août, il quitta l'Auvergne qu'il avait jusque là habitée, et vint à Paris. Huit jours après son arrivée, on lui pratiqua la ponction abdominale : 6 litres de sérosité limpide furent retirés. Au bout d'un mois, nouvelle ponction : évacuation de 7 litres de liquide. Trois semaines après, nouvelle paracentèse. Peu de jours après cette dernière ponction, de nouveaux accidents se manifestèrent. Le malade, qui se plaignait depuis quelque temps d'une douleur vive, lancinante, intermittente, à la région occipitale, fut pris tout à coup de strabisme : la vue s'affaiblit notablement, et par moments, elle était complètement perdue. L'articulation des sons devint très difficile ; le malade bredouillait ; la bouche se dévia à gauche ; les membres droits s'engourdirent. Au bout de six semaines, le strabisme et la difficulté d'articuler les sons disparurent. Le malade eut plusieurs fois des vertiges, des étourdissements, mais sans perte complète de connaissance, sans contraction des membres et sans écume à la bouche. Cependant la vue restait faible et la déviation de la bouche devenait de plus en plus marquée. La mobilité était presque abolie dans les membres droits, qui étaient froids et infiltrés. Une quatrième ponction fut faite vers le milieu de novembre ; elle donna issue à quatre litres de sérosité trouble. Le malade fut admis à l'hôpital des Enfants le 21 décembre ; il offrit l'état suivant :

Maigreur générale, pâleur de la face et de toute la peau ; céphalalgie occipitale ; déviation de la bouche à gauche et abaissement de la commissure de ce côté ; paralysie incomplète des membres droits. Le jeune malade peut encore faire exécuter des mouvements à ses doigts, mais il lui est impossible de soulever le membre, ni de le maintenir élevé. La sensibilité y est très obtuse ; les réponses justes ;

l'articulation des sons est difficile ; la mobilité et la sensibilité des membres gauches sont intactes. La vue est également affaiblie des deux côtés ; la pupille droite est très dilatée ; la gauche contractée. La langue est large, humide ; point de gêne de la déglutition ; soif assez vive ; il y a de l'appétit ; ventre saillant sur les parties latérales ; la païoi antérieure est molle, flasque, ridée ; pression douloureuse surtout à l'épigastre et au flanc droit ; diarrhée abondante ; 7 à 8 selles liquides, fétides et involontaires, dans les 24 heures. Peau sèche et chaude ; pouls petit, régulier, 124 pulsations. La région du cœur offre un son mat dans une assez grande étendue. L'auscultation n'y fait reconnaître aucun bruit anormal ; toux fréquente ; pas d'expectoration ; gêne très légère de la respiration. En avant, râle muqueux des deux côtés ; en arrière, retentissement de la voix sous l'omoplate ; expansion faible ; sonorité normale ; urines briquetées, bourbeuses, rares.

Les jours suivants, les membres droits s'affaiblissent, la déviation de la bouche augmente ; le ventre n'augmente pas de volume ; l'intelligence est nette ; l'état des pupilles est très variable, tantôt également, tantôt inégalement dilatées ou contractées ; la céphalalgie occipitale ne revient qu'à des intervalles éloignés.

Dans la nuit du 30 au 31 décembre, délire violent, cris aigus auxquels succède un collapsus profond. Le 1^{er} janvier, face pâle, traits altérés. Le malade prononce quelques mots d'une voix très affaiblie. La vue n'est pas entièrement abolie ; pupilles également contractées, mais nullement modifiées par la lumière. Pouls petit, filiforme ; le ventre paraît diminué de volume. Du 1^{er} au 5 janvier, le malade s'affaiblit graduellement ; il s'éteint sans convulsions et sans agonie dans la nuit du 5 au 6 janvier 1834.

Autopsie 30 heures après la mort. — Aspect général ; émaciation ; décoloration de toute la peau. — *Crâne.* L'a-

rachnoïde cérébrale paraît saine: pas de liquide dans sa cavité. Dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, surtout du côté gauche, on trouve un liquide transparent et comme gélatineux. A la partie antérieure de l'hémisphère gauche, ce liquide est couleur lie de vin; il a coloré l'arachnoïde. Aucune adhérence des méninges avec la substance cérébrale. Les hémisphères cérébraux examinés avec soin n'ont rien présenté. Une petite quantité de sérosité citrine se trouvait dans les ventricules. Les parties centrales sont saines. La substance grise des circonvolutions paraît un peu pâte. Les deux lobes du cervelet sont d'un volume égal. La substance grise ne paraît pas altérée. A la partie latérale externe de chacun des lobes, on trouve une masse tuberculeuse de la grosseur d'une fève; ces masses ne sont paramolles; mais la substance cérébelleuse environnante paraît d'une consistance moindre que le reste; point d'injection autour de ces tubercules. Le lobule moyen du cervelet est occupé par un tubercule, de la grosseur d'une petite noix, également à l'état cru. Il est renfermé dans la substance cérébelleuse et ne fait pas de saillie à la superficie de l'organe. La protubérance annulaire contient à son centre une masse tuberculeuse, de la grosseur d'une noix, non ramollie. La substance environnante est moins consistante que celle de la superficie. Le tubercule se prolonge jusque dans le pédoncule gauche. Le pédoncule cérébelleux du côté droit est occupé par une autre masse, de la grosseur d'une noisette. Tous ces tubercules sont à l'état cru, présentant la couleur jaune verdâtre des tubercules des centres nerveux. La paroi antérieure et supérieure du ventricule du cervelet en présente aussi un, du volume d'une noisette environné de substance médullaire non ramollie.

Poitrine. — Le poumon gauche présente à son sommet un tubercule cru du volume d'un pois. Le reste de son étendue est farci de granulations miliaires, qui sont moins

nombreuses à la partie inférieure. Le poumon droit ne contient qu'une multitude de granulations grises également plus nombreuses au sommet qu'à la base. Les glandes bronchiques sont tuberculeuses. Le péricarde a l'épaisseur de deux lignes environ : cette épaisseur est due à de fausses membranes jaunâtres, comme graisseuses et granuleuses, qui le revêtent à l'intérieur et qui recouvrent le cœur. Elles ont sur cet organe l'épaisseur de plusieurs lignes ; le cœur est sain.

Abdomen. — La cavité du péritoine contient un verre environ de liquide trouble et briqueté. Des adhérences peu solides unissent le colon transverse et l'estomac à la paroi abdominale antérieure ; les circonvolutions de l'intestin grêle sont unies par de légères adhérences, le péritoine viscéral offre une teinte noirâtre, surtout au dessus de l'ombilic.

La muqueuse de l'estomac est d'un blanc rosé, un peu ramollie, surtout au niveau du grand cul-de-sac. Vers la fin de l'intestin grêle, on rencontre de nombreuses ulcérations qui ne pénètrent pas au delà de la muqueuse ; la valvule iléo-cœcale est noirâtre et garnie d'ulcérations ; celles-ci augmentent en nombre dans le colon ascendant et transverse où elles deviennent annulaires et intéressent la tunique musculieuse de l'intestin.

Le foie, le pancréas et la rate ne présentent rien de remarquable. Le rein droit est dans l'état normal ; le rein gauche est transformé en kyste urinaire ; les substances corticale et mamelonnée sont atrophiées. Un calcul est engagé dans l'uretère à environ 3 pouces du rein ; il s'oppose complètement à l'écoulement de l'urine ; l'uretère a au dessus de l'obstacle le volume de l'intestin grêle. La vessie, qui est saine, présente à sa partie supérieure et postérieure une ulcération tuberculeuse. Appareil génital dans l'état normal.

Obs. N° II. — *Observation d'une portion de doigt coupée entièrement, séparée du corps pendant plus de demi-heure, et réunie d'une manière incomplète;*

par M. BRAU, interne à la Salpêtrière.

Le sujet de cette observation est une fille de service, de la Section des épileptiques à la Salpêtrière, nommée Marienne Douné, âgée de 41 ans, remarquable par un tempérament sanguin bien prononcé, une constitution robuste, et l'expression toute virile de la physionomie. Cette femme nous dit qu'elle a *bonne charnure*, et qu'elle a toujours vu se cicatriser avec une grande promptitude les plaies diverses qui l'affectaient assez souvent quand elle vivait au milieu de travaux de la campagne où elle a passé la plus grande partie de sa jeunesse.

Le 7 septembre 1833, à six heures un quart du matin, elle était dans une salle basse et mal éclairée, occupée à couper le pain des malades de la Section; elle se servait de cette espèce de couteau qui est d'un côté articulé avec un anneau fixé dans la table qui le supporte; et de l'autre, muni d'une poignée en bois que l'on saisit pour le faire agir en levier du 2^me genre. Habitée depuis longtemps à cette opération quotidienne, elle la poursuivait avec rapidité et comme machinalement, lorsque, tout à coup, l'instrument mal dirigé, vient tomber perpendiculairement et avec force sur le pouce de la main gauche, qui était en ce moment appliqué par la face palmaire sur la partie supérieure d'un morceau de pain; ce doigt est entièrement divisé, et son extrémité séparée est lancée à plusieurs pouces de distance sur la table. A ce coup, Douné pousse un cri de surprise et de douleur, et la vue de son pouce mutilé la fait tomber en syncope. La surveillante arrive au bruit de l'accident, on lui présente le bout de doigt qu'elle fait jeter à terre; la portière de la Division

le ramasse, et le serre dans un morceau de papier. Cependant on court chercher l'interne de garde, mais le hasard veut qu'il soit en ce moment appelé auprès d'une malade; on se décide alors à attendre mon arrivée. Il est environ six heures et demie : M. Fontenot élève en pharmacie se présente le premier à l'infirmerie ; on y fait monter Marianne Douné qui est revenue depuis quelques minutes de sa syncope. Le sang sort assez abondamment de la plaie. M. Fontenot se contente d'entourer le ponce d'un gâteau de charpie maintenu par une bande. J'arrive enfin un peu avant six heures trois quarts ; à mon entrée dans la Division, la portière se présente à moi, me raconte brièvement l'accident qui vient d'avoir lieu, et me remet le papier dans lequel a été recueilli le bout de doigt coupé. Je me rends à l'infirmerie, j'y trouve notre fille de service assise, un peu pâle, la figure sensiblement altérée, le ponce enveloppé dans une masse de charpie ensanglantée ; j'enlève cette charpie, et j'observe une plaie nette, occupant toute l'épaisseur du ponce légèrement oblique de la face dorsale à la face palmaire et du haut en bas (1), placée un peu au dessous de la partie moyenne de l'ongle qui est coupé en cet endroit par une ligne parallèle à son bord supérieur. A chaque battement du pouls, il en sort un jet délié de sang ; pour l'arrêter je fais plonger la main dans l'eau froide. Je prends, dans le papier que m'a remis la portière, le bout de ponce, pâle, exsangue, froid ; sa longueur est dans la partie moyenne de trois lignes à la face dorsale, et a trois lignes et demie à la pulpe ; sa plaie est aussi nettement taillée que celle du doigt, mais elle est recouverte d'une poussière que l'humidité de sa surface y fait adhérer. Alors seulement, les faits du mémoire de M. Piedagnol se présentent à mon esprit, et me détermi-

(1) Je fais observer, pour l'intelligence de ces détails descriptifs que je suppose le ponce placé comme pour son exposition anatomique. c'est-à-dire la base en haut et le sommet en bas.

nent, malgré l'intervalle considérable écoulé depuis la séparation des parties, à tenter la réunion. Pour cela je commence par plonger le bout de doigt dans l'eau tiède, je le frotte légèrement et à plusieurs reprises pour enlever la poussière qui le tache; mais je ne peux pas y parvenir il en reste toujours une teinte grisâtre sur l'extrémité coupée de la phalangette que je remarque sous l'ongle, et à laquelle je fais exécuter avec la pointe d'un canif, des mouvements obscurs au milieu du tissu mou de la pulpe. Je retire de l'eau la main que j'y avais fait plonger, je l'essuie ainsi que le bout séparé, j'exprime avec une éponge fine le peu de sang qui sort encore par la plaie, et je me hâte de mettre en rapport les surfaces coupées qui coïncident parfaitement dans tous leurs points. Cette coaptation n'a lieu que 6 ou 7 minutes après mon entrée à l'infirmerie, demi-heure au moins depuis la séparation des parties. Je les assujettis de la manière suivante : j'applique le milieu d'une bandelette de diachylon sur l'extrémité du pouce maintenue en place par M. Fontenot; je prolonge les deux chefs de la bandelette sur les faces dorsales et palmaire du doigt, et jusque sur les parties correspondantes de la main; une seconde bandelette est mise perpendiculairement à la précédente, et de la même manière qu'elle, sur les faces latérales du doigt; deux autres sont placées en diagonale sur les deux premières, et prolongées entre elles; enfin, je maintiens ces quatre bandelettes par une cinquième plus longue, que j'applique sur elles en spirale depuis l'extrémité du pouce jusqu'à sa base. De cette manière le doigt est comme cuirassé par le sparadrap qui le recouvre dans tous les points; je mets par dessus un gâteau de charpie assez épais, maintenu par une compresse taillée en croix de Malte, et le tout est fixé par une bande étroite que je déroule autour du pouce et du poignet, et dont les tours tiennent les uns aux autres par des points de couture.

Ce pansement est fait devant M. Fontenot qui m'a beaucoup aidé, devant les deux surveillantes de la Division, et plusieurs filles de service. M. Petit, chef du service, arrive quand tout est fini; il approuve la tentative que j'ai faite, et les moyens que j'ai employés pour obtenir la réunion.

Toute la journée du 7, la malade, le bras en écharpe, se promène dans les cours de l'établissement pour chercher à se distraire de la vive douleur pulsative qu'elle éprouve dans le pouce et jusque dans l'épaulé; cette douleur l'empêche de dormir la nuit. Le 8, il y a de plus de la fièvre, de la soif; la nuit est cependant un peu meilleure que la précédente. Le 9, l'état fébrile a diminué. Le 10, il n'y a presque plus de douleur, les nuits deviennent excellentes, etc.... Cette amélioration de l'état de la malade me confirme dans l'intention où j'étais de ne lever le premier appareil qu'au bout d'une huitaine de jours, pour ne pas m'exposer à détruire, par les manœuvres d'un pansement trop précipité, des adhérences encore mal organisées peut être.

Le 15, il n'y a plus aucune douleur; j'enlève les pièces d'appareil, j'observe que la charpie est sèche, il y a sous les bandelettes un peu de sang noirâtre, putréfié, qui répand une odeur fétide. Je vois avec plaisir que le doigt a contracté adhérence, mais aussi je remarque que cette adhérence est faible, qu'elle n'est que à la surface palmaire, car à la face dorsale les parties sont susceptibles d'un léger écartement. L'ongle et l'épiderme de la paroi réunie sont noirs. Il n'y a aucune trace de suppuration. Enlève avec une spatule la couche légère de sang putréfié, et à l'instant la mauvaise odeur disparaît. Je fais plonger pendant deux ou trois minutes le pouce dans du vin chaud et je panse comme la première fois.

Le 18, il n'y a ni odeur, ni suppuration; les adhérences

sont plus fortes, mieux organisées qu'au dernier pansement; il y a un peu de liquide séreux, noirâtre, entre les bords de la section de l'ongle. (Même pansement).

Le 20, en touchant le bout de l'ongle, je lui imprime des mouvements qui se communiquent en totalité à l'épiderme qui lui est contigu; j'ai lieu de croire qu'il n'existe plus d'adhérences entre ces parties et les sous-jacentes. Je cherche à les enlever: à cet effet, je saisis l'ongle avec une pince, et je le détache sans tiraillement, ainsi que l'épiderme qui forme, par sa continuation avec lui, une calotte noire, indiquant la forme et à peu près l'étendue du bout de doigt réappliqué. Celui-ci est maintenant à découvert de toutes parts, et se présente dans l'état suivant: A la partie dorsale, le sommet de la phalange ne s'est pas réuni au reste de l'os; il est nécrosé, noir, mobile, retenu en place par des parties molles gangrenées; l'escharre grisâtre, très adhérente, forme autour et en bas de lui, un fer à cheval d'une ligne de largeur; la surface correspondante du corps de la phalange est lubrifiée par du liquide escharrotique: elle est nue, sans aucune apparence de bourgeon sanguin. A la partie palmaire et latérale, la peau se continue dans tous les points avec celle du reste du pouce; l'endroit de réunion est indiqué par une ligne demi-circulaire, peu marquée, placée sous le contour de l'épiderme, qui fait, depuis que celui du bout de doigt a été enlevé, une saillie d'une demi-ligne. Cette peau est rouge, lisse, figurée en un croissant dont la largeur est de deux lignes et demie dans la partie moyenne, et qui diminue régulièrement de chaque côté, jusqu'à une ligne en dedans de l'ongle où elle disparaît; ses deux angles de terminaison forment, avec la partie de la plaie du pouce qui n'a pas

contracté adhérence, les trois parois de la petite fossette où est retenu le bout de la phalangette nécrosé. Ce jour-là, j'ai conduit la malade à M. Cruveilhier, qui a bien voulu examiner attentivement l'état des parties que je viens de décrire; il s'est même servi d'une épingle pour exercer sur l'escharre une traction qui, bien que légère, a déterminé la sortie d'une ou deux gouttelettes de sang. (Bains de vin chaud; charpie).

Le 21, pour la première fois, couche légère de pus, et développement de petits bourgeons sanguins sur la surface coupée du corps de la phalangette. Je soulève l'os nécrosé, et je tranche les brides qui le retiennent à l'escharre; la cavité qui le contenait est alors vide, et bornée en bas par l'escharre, dont la forme, l'aspect et l'adhérence sont les mêmes qu'hier; MM. Maisonneuve et Olivier, internes de la Salpêtrière, sont témoins de ces particularités: ils voient encore la ligne circulaire qui retrace l'endroit de réunion des parties.

Le 22, la cavité observée la veille s'est comblée en partie; il n'y a plus, à sa place, qu'une dépression rougeâtre, couverte d'une mince couche de pus; l'escharre est détachée dans la moitié de son étendue. Je m'assure, ce jour-là, de la sensibilité du bout de doigt revivifié, en touchant sa face palmaire avec une barbe de plume. Bien qu'ayant la tête détournée, la blessée sait nous dire, chaque fois que sa peau est en contact avec l'excitant léger que je promène sur elle à plusieurs reprises.

Le 23, l'escharre est sèche, mobile. Je l'enlève; il y a maintenant une plaie entièrement plane, rouge, couverte de pus, longue de trois lignes, large de deux.

Le 24, la plaie n'a plus qu'une ligne de largeur, une ligne et demie de longueur.

26. Il n'y a plus qu'une petite plaque ronde non cicatrisée, rouge, mollassée, d'une demi-ligne de diamètre.

27. La cicatrisation est complète.

12 octobre. L'épiderme qui faisait une saillie au-dessus de la ligne de réunion, est tombé; cette ligne de réunion n'est plus visible; la peau de bout du pouce privée de l'appui intérieur du sommet de la phalange qui a été enlevé, est diminuée de largeur, revenue sur elle-même, et un peu attirée sous l'ongle par le travail de cicatrisation.

2 décembre. Le pouce gauche a son sommet conformé comme celui du côté droit; seulement, il est un peu moins convexe, et la dernière phalange est plus courte que l'autre de toute la longueur de la portion d'os nécrosé, c'est-à-dire d'une ligne et demie. L'ongle a repris son étendue ordinaire, et recouvre toute la partie cicatrisée à laquelle il adhère.

Tels sont les détails, peut-être minutieux, de cette observation; j'ai cru devoir les rapporter en entier, parce que, lorsqu'il s'agit d'un fait regardé d'avance par plusieurs comme impossible, on ne saurait noter trop exactement toutes les particularités qu'il a présentées. Cependant, malgré cette abondance de détails, il est facile d'en dégager les circonstances principales, que l'on peut résumer ainsi : 1° Le 7 septembre, l'extrémité d'un pouce divisée totalement aux environs de la partie moyenne de l'ongle, après avoir été séparée du corps pendant plus d'une demi-heure, a été remise en place, et maintenue par des bandelettes de diachylon; 2° le 15, c'est-à-dire huit jours après, cette extrémité a été trouvée réunie au doigt dont elle avait été séparée, par une adhérence qui, faible ce jour-là, était beaucoup plus solide le 18; 3° l'ongle et l'épiderme se séparent des parties sous-jacentes, et

laissent à nu le sommet de la phalangette, nécrosé, retenu en place par une petite escharre adhérente aux parties molles, qui seules sont réunies vitalement aux parties molles correspondantes du doigt; 4° le 21, j'enlève l'os nécrosé, l'escharre ne se détache que le 23; la cicatrisation est complète le 27, 20 jours après la séparation de l'extrémité du pouce, et six jours seulement après la première apparition du pus.

On pourra faire l'objection suivante contre le fait le plus important de cette observation, c'est-à-dire contre la réunion de la partie séparée, on pourra dire: 1° que rien ne prouve que la gangrène n'ait pas envahi tout le bout du pouce, qui se sera mortifié en entier; 2° que ce que j'ai pris pour la peau de la pulpe, n'était qu'une masse de bourgeons charnus développés sur la plaie du pouce, et cicatrisés pendant que les parties étaient cachées, soit par les pièces de pansement, soit par la calotte épidermique qui les recouvrait. A cela je réponds: 1° que s'il y a eu gangrène, cette gangrène était fortement adhérente aux tissus vivants; or, il serait contraire à toutes les lois de la vie et à tous les résultats des faits généralement observés, de supposer que le bout du doigt, quoique entièrement gangrené, eût pu contracter adhérence avec des parties vivantes; donc cette gangrène n'est que la mortification d'une portion de l'extrémité séparée qui ne s'est étendue que dans quelques points de la surface coupée. La seconde partie de l'objection ne me paraît pas plus sérieuse que la première: comment en effet supposer une production de bourgeons charnus de deux lignes et demie de hauteur, sur une plaie de six lignes de diamètre, dans un intervalle de dix jours, et sans qu'il y ait eu la moindre trace de suppuration? Comment expliquer leur communication

avec la portion d'os nécrosé, au moyen de la petite escharre qui leur adhérait dans tous les points : comment aussi se rendre compte de la vive sensibilité dont jouissait cette prétendue masse de bourgeons ? On ne peut s'en rendre compte qu'en reconnaissant que l'on a eu affaire à une peau vivifiée, sensible, adhérente d'un côté au doigt qui la nourrissait, et de l'autre à la petite escharre qui couronnait le sommet du pouce.

Quant à l'explication de la mortification partielle du bout du doigt, on peut hasarder la suivante ; on peut dire que la poussière détrempée qui remplissait les mailles de la par-tie coupée du sommet de la phalangette, se sera opposée à la réunion des deux surfaces osseuses ; dès lors, l'os nécrosé, agissant comme corps étranger, sur un tissu peu vivant, et presque incapable de réaction, aura déterminé la gangrène de ce tissu, dans l'endroit le plus éloigné du centre circulatoire, c'est-à-dire dans le sommet de l'extrémité réappliquée.

Un autre fait assez semblable à celui que je viens de rapporter, quoique ayant pour objet une réunion encore moins complète, m'a été communiqué par M. Després, interne à la Salpêtrière ; je ne me puis empêcher de le consigner ici avec les détails suivants, que l'on m'a pour ainsi dire dictés. En juin 1832, un garçon tonnelier de l'Entrepoil, âgé de 16 ans, étant occupé à tailler un cercle de tonneau, se coupa entièrement le doigt indicateur gauche, dans l'articulation de la dernière phalange. Il mit son bout de doigt dans un morceau de papier, et se rendit à l'Hôtel-Dieu. Il arriva un peu avant la fin de la visite, de sorte qu'il fut obligé d'attendre quelques minutes pour que M. Després, alors interne dans le service de chirurgie de cet hôpital, pût le panser. Le bout du doigt fut

d'abord déposé quelques instants dans l'eau tiède, puis remis en place ; demi-heure environ, depuis la séparation des parties ; et, il fut maintenu par des bandelettes de diachylon. L'écoulement souffrit beaucoup le premier jour, et surtout la nuit suivante qu'il passa sans dormir. Le docteur se calma et ensuite put se lever et le 4^e jour l'appareil fut levé ; on ne remarqua aucun trace de suppuration ni sur les pièces de pansement, ni sur le doigt ; le bout réappliqué était adhérent, mais d'une manière peu solide et susceptible de mouvements brusques lorsqu'on exerçait des tractions sur lui ; il était terne, pâle, déformé un peu noirâtre sous l'ongle. Le jeune homme fut amené au collin de l'amphithéâtre, devant M. Dupuytren qui, à l'aspect peu satisfaisant de la partie, dit à l'interne, qui le lui avait amené : « Vous voyez bien que ce n'est pas réuni, » et à l'instant il saisit l'extrémité du doigt en exerçant sur elle un mouvement de rotation qui enleva l'épiderme et l'ongle sous forme de cône, et décolla le bout du doigt dans quelques points de la partie antérieure. M. Desprès, déconcerté par l'apparence d'un insuccès, conduisit son malade dans la salle voisine, et là acheva de détacher le bout de doigt, sur la vie duquel il croyait ne devoir plus compter ; mais à l'instant le sang sortit en certaine quantité de la plaie.

Trois choses dans ce fait me semblent prouver d'une manière irréfragable la réunion vitale de la partie séparée, ce sont ; l'absence complète de suppuration pendant dix jours, l'adhésion de l'extrémité réappliquée, et la rupture de vaisseaux sanguins lorsqu'on l'a détachée du doigt auquel elle tenait. Au reste, ce fait de réunion présente des points importants de ressemblance avec celui que j'ai rapporté, savoir : l'intervalle de demi-heure écoulé entre la

séparation et la réunion des parties, l'adhérence faible encore le 8^{me} et 10^{me} jour, la mortification et la chute de l'épiderme et de l'ongle. On doit en conclure pour la pratique; 1^o qu'on peut toujours tenter la réunion des bouts de doigts entièrement coupés, lors même qu'il se serait écoulé une demi-heure depuis l'accident qui les a séparés, 2^o qu'il ne faut pas se hâter de lever le premier appareil, que l'on n'a rien à risquer en le laissant quelques jours de plus, et tout à perdre en l'enlevant trop tôt; 3^o qu'il ne faut pas s'en laisser imposer ni par l'aspect chagriné, noirâtre, mortifié, de l'épiderme qui doit tomber nécessairement, ni par le peu d'adhérence de la partie; pourvu que l'extrémité réappliquée ne tombe pas à la levée des bandelettes; il ne faut désespérer de rien et continuer à la maintenir en place le mieux possible.

Pour terminer, mon observation diffère des autres faits de doigts coupés entièrement et réunis, en ce que le temps de séparation des parties a été considérable; que les surfaces osseuses n'ont pas contracté adhérence entre elles, et que la conservation de la sensibilité cutanée y a été prouvée directement.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

BULLETIN N° II. (NOUVELLE SÉRIE).

PAR M. CHASSAIGNAC.

Secrétaire.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société Anatomique.

Anomalie de l'artère brachiale. — Tumeur blanche du coude avec décollement des épiphyses. — Ramollissement et sécatilité de la totalité du tissu osseux. — Destruction du col des deux fémurs. — Ankylose par fusion de l'articulation coxo-fémorale. — Exostoses extérieure et intra-médullaire des tibias. — Ostéo-sarcome des os de l'épaule. — Anévrysme variqueux et varices anévrysmales des veines du bras. — Spina-bifida. — Apoplexie de la protubérance avec épanchement sanguin dans la cavité rachidienne. — Tumeur encéphaloïde dans le cerveau chez un enfant épileptique. — Tumeur fongueuse de la dure-mère perforant la lame criblée de l'éthmoïde, et contenant un polype des fosses nasales. — Tumeur du cervelet contenant de la matière micacée. — Communications sur l'autopsie du docteur Bennet. — Réflexions sur le bruit de frottement dans la péricardite. — Mélanose tégumentaire de la vulve et du vagin. — Tumeurs encéphaloïdes de l'estomac. — Hypertrophie de la membrane musculée de l'estomac avec rétrécissement du pyllore par suite d'empoisonnement. — Hernie étranglée avec gangrène de l'intestin. — Anomalies des valvules coronaires. — Détermination de la longueur de l'intestin grêle. — Mélanose du foie. — Calcul hépatique d'un blanc éclatant. — Cancer du foie. — Gangrène d'un polype utérin déterminant la rupture de l'utérus par gangrène dans la cavité péritonéale. — Cancer du col de l'utérus. — Abscès enkysté dans la cavité utérine avec oblitération de l'orifice utérin.

Présidence de M. Cruveilhier.

M. Cruveilhier présente une branche artérielle mince et très longue, établissant une communication entre la partie supérieure de l'humérale et la carotide. Cette disposition anatomique, qui représente une anomalie très connue dans laquelle l'artère humérale se divise prématurément, peut, suivant la remarque de M.

Cruveilhier, être considérée comme une anomalie d'une anomalie.

M. Grisolles présente une luxation en avant de la première phalange du cinquième doigt sur le métacarpien correspondant. Les renseignements antérieurs manquant au sujet de cette luxation, que plusieurs membres considèrent comme étant un résultat de la déformation des surfaces articulaires par suite d'une affection arthritique.

M. DeFrance présente une tumeur blanche de l'articulation du coude, chez une fille de seize ans à qui M. Roux a pratiqué l'amputation du bras. On trouve, au milieu du foyer qui présente cette tumeur en pleine suppuration, des parcelles osseuses complètement isolées et flottantes. L'une d'elles est formée par l'espèce de cupule épiphysaire dont l'extrémité supérieure du radius est recouverte. La tumeur dont l'origine remonte à huit ans environ, a donc été une cause de retard dans la soudure de l'épiphyse supérieure qui se réunit d'ordinaire vers la douzième année.

M. Roberti, candidat pour une place d'adjoint, présente un ramollissement des os observé chez une femme qui a présenté des symptômes de paralysie et une escharre gangréneuse au sacrum. L'examen du squelette a montré dans la totalité des os un état de ramollissement tel qu'ils se courbaient avec une grande facilité, se fracturaient par de légers efforts et pouvaient être divisés par l'instrument tranchant avec la même facilité qu'un cartilage, ainsi qu'on a pu le constater en enlevant la voûte du crâne avec le seul secours du scalpel. Dans la cavité médullaire des os longs dont les parois sont très amincies, on trouve une matière pulpeuse, molle, rougeâtre, dans laquelle on a cru apercevoir quelques linéaments de matière purulente. De reste, le tissu osseux, ainsi que la membrane médullaire, présentait une vascularité remarquable. Le col des fémurs avait complètement disparu, et la tête de l'os était appliquée contre le grand trochanter sur lequel elle était mobile. M. Roberti fait remarquer que la prétendue paralysie, dont cette femme avait paru atteinte et qu'on avait cru liée à l'escharre du sacrum, n'avait sans doute pas d'autre cause que cet état de destruction du col des fémurs.

Un jour avant la mort la malade se fractura la cuisse. Elle ne présentait aucun amaigrissement, l'examen de tous les organes n'a fait reconnaître aucune trace d'affection cancéreuse et même aucune au-

tre lésion appréciable. Quelques végétations syphilitiques existaient dans le vagin.

M. Ruz présente un cas d'ankylose complète de l'articulation coxo-fémorale. Dans cette ankylose, qui paraît avoir eu pour origine une chute sur le grand trochanter, la croûte compacte articulaire du fond de la cavité cotyloïde et celle de la tête du fémur ont été totalement détruites, et le tissu spongieux des deux os communique sans aucune ligne de démarcation.

Sur un des tibias du même sujet, M. Ruz a trouvé une exostose large, ayant deux lignes d'épaisseur, et s'étendant à la partie inférieure et interne de l'os.

Sur le tibia du côté opposé, il montre une exostose faisant un relief de plus d'un demi-pouce dans l'intérieur du canal médullaire; aucune saillie extérieure ne correspondait à cette exostose qui a le volume d'une moitié de petite noix.

M. Fourcade présente l'humérus, l'omoplate et la clavicule d'un sujet qui a succombé par suite d'une tumeur cancéreuse de l'épaule. Les os présentés par M. Fourcade sont recouverts de végétations stalactiformes irrégulières; la tête de l'humérus, d'un volume double de celui qui est naturel, est séparée des os. M. A. Béraud élève des doutes sur l'état sarcomateux de ces os qui sont présentés comme tels par M. Fourcade. Celui-ci persiste dans son opinion, se fondant sur ce qu'au milieu des parties molles, on trouvait des lames éparses de matière osseuse semées dans la masse commune.

M. Pouydebat présente un cas de varices anévrysmales des veines de l'avant-bras, pour lequel M. Roux a été obligé de recourir à l'amputation du bras, par suite des accidents qui ont succédé à l'application de plusieurs ligatures. Voici l'état de la pièce anatomique; une communication existe entre l'artère brachiale près de sa terminaison et les veines profondes de l'avant-bras; cette communication a lieu par un canal d'environ un pouce de longueur qui se continue en haut avec la veine brachiale profonde. La basilique médiane, sur laquelle avait été pratiquée la saignée qui a été l'origine de cette affection, n'existe plus sur la pièce anatomique: le tronc même de la basilique se termine, à deux ou trois pouces au-dessus du niveau du pli du bras, par une extrémité frangée, inégale, comme déchirée, et on ne peut reconnaître de quelle manière ce tronc de

la basilique se continuait à l'avant-bras. M. Maisonneuve fait remarquer qu'au niveau du lieu où existe la communication de l'artère et de la veine brachiale profonde, on voit un lambeau de veine détaché, qui se continuait probablement avec la basilique.

À un pouce au-dessus de la communication veineuse l'artère est comprise dans une ligature qui renferme le nerf médian.

À trois pouces au-dessus de celle-ci est placée une seconde ligature.

Voici quels sont les renseignements fournis par M. Pouydebat au sujet de cette pièce anatomique. Une femme, à la suite d'une saignée malheureuse, voit se développer au pli du bras un anévrysme variqueux de volume d'une œufine. M. Roux applique une ligature au-dessus de la tumeur : disparition de la tumeur, mais persistance de varices anévrysmales.

Un an après, nouvelle application de ligature dans le but de saisir l'artère au-dessous de la tumeur et de la comprendre ainsi entre l'ancienne ligature et une nouvelle. Dans cette opération, les difficultés qui se présentent sont méconnaître le siège précis de la communication veineuse, et la ligature est appliquée au-dessus de la tumeur et très près d'elle. C'est la ligature que nous avons indiquée comme comprenant le nerf médian. Persistance des varices anévrysmales et du bruissement artériel dans les veines.

Nouvelle ligature à trois pouces au-dessus de la première. Hémorrhagie 36 heures après la ligature. — Amputation.

M. A. Bérard fait remarquer, au sujet de cette observation, que la méthode de Hunter, comme moyen de guérison des anévrysmes variqueux, est défectueuse, en ce qu'elle permet au sang artériel de revêtir dans l'artère par la partie du vaisseau qui est placée au-dessous de la communication anormale, et que le moyen véritablement indiqué est la ligature au-dessus et au-dessous de la tumeur variqueuse.

M. Mavré présente à la Société un cas de spina-bifida à la région lombaire, chez un enfant qui n'a survécu que quelques jours, et qui n'a pas présenté de convulsion.

M. Hache présente un cas d'apoplexie de la protubérance observé chez un homme de 54 ans qui fut apporté à l'hôpital dans un état de coma, et sur l'état antérieur duquel on ne possède aucun rensei-

goement. Pendant les quelques heures qu'il a encore vécu depuis l'instant où il fut apporté, on a remarqué, eu égard à l'état de la respiration et du pouls, que celle-ci était à 20 et la respiration à 28. L'épanchement sanguin n'était à peu de profondeur dans la protubérance; il n'était fait jour à la surface et s'était répandue dans le canal rachidien.

M. Bell présente une tumeur subphalloïde développée dans l'épaisseur de l'hémisphère droit d'un enfant, chez une enfant de douze ans. Celle-ci était épileptique; il y avait paralysie du bras droit. Et aménorrhée de moitié; elle était vaine et blanche. Une opération a été faite qui disparut après une saignée. Mais bientôt les phénomènes prirent beaucoup plus d'intensité et l'enfant mourut subitement. Quelque temps avant la mort on avait observé dans les membres des contractions partielles. La tumeur, après avoir envahi toute l'épaisseur de l'hémisphère, commençait à en atteindre la surface, et déjà des adhérences s'étaient établies entre la dure-mère et la surface de l'hémisphère dans le point le plus culminant de la tumeur. A la partie postérieure de la tumeur existait un kyste contenant à peu près trois onces de liquide citrin.

M. Reignier présente une tumeur développée dans la fosse moyenne droite de la base du crâne, chez une femme qui était amaigrée depuis quatre ans, et qui avait des douleurs de tête continues et une hébétéde très prononcée du regard. Cette femme ne présentait aucune paralysie la veille de sa mort; elle eut seulement un engourdissement des membres. Cette tumeur était déjà dans un état de ramollissement. Au niveau de la gouttière éthmoïdale droite est une tumeur fongueuse de la dure-mère qui, après avoir détruit la lame criblée de l'éthmoïde, s'était fait jour dans les fosses nasales. Elle avait atteint le plancher; au-dessus duquel elle était suspendue par un pédicule à la manière d'un polype. M. Cravéilhier fait remarquer à quelle erreur de diagnostic aurait pu donner lieu cette circonstance, si la malade, au cas où elle n'eût pas été plongée dans un état d'insensibilité presque complète, eût fait attention à l'existence de ce corps.

M. Béget présente une masse tuberculeuse compacte, d'un volume d'une noix, trouvée dans le cerveau d'un jeune homme de 18 ans. Au milieu de cette substance, qui semble parfaitement homogène, M. Cravéilhier aperçoit de petites paillettes de matière micacée semées çà et là au milieu de la substance. On a remar-

qué chez le sujet sur lequel a été recueillie cette pièce, une tendance effrénée à la masturbation, et des érections presque continuelles.

M. Caffé donne quelques détails sur l'autopsie du docteur Bennati renversé par un cheval. On a rencontré des fractures multiples tant à la base qu'au sommet du crâne. Les os étaient d'une minceur, d'une fragilité et d'une transparence remarquables. Le cerveau était dans un état d'atrophie presque complète.

À sujet de l'observation de péripardite lue par M. Maisonneuve, M. A. Bérard rappelle le signe del péripardite récemment indiqué ainsi, par M. Stokes, de Dublin, et qui consiste dans un bruit de frottement.

M. Montault pense que le signe du craquement ne peut persister dès qu'il existe une certaine quantité de liquide dans le péricarde. M. Beau fait remarquer que, c'est surtout au début et avant l'épanchement, quand la séreuse est sèche, comme l'ont indiqué quelques pathologistes, et, notamment, Marandel, qu'on doit trouver ce signe.

M. Baillarget montre, sur un estomac conservé depuis longtemps dans l'alcool, des taches irrégulières de matière noire. M. Andral pense, d'après l'examen attentif de faits analogues, que cette coloration ne se lie à aucune altération subjacente de l'estomac au-dessous des taches noires. Il démontre pour le cas actuel la vérité de cette assertion.

M. Cruveilhier a vu des cas de coloration noire dans lesquels il y avait érosion de l'estomac dans le champ de la tache, et dans lesquels la coloration, au lieu d'être tangentielle, était imprégnée dans le tissu même de l'estomac.

M. Vernois présente un estomac à la surface interne duquel existent deux tumeurs de nature cancéreuse. L'une d'elles est à l'état d'ulcération, et de ramollissement; l'autre est encore à l'état de crudité. — Il présente, en outre, un estomac dont la membrane musculuse est dans un état d'hypertrophie très prononcé, spécialement aux approches du pylore, où l'orifice de l'estomac est tellement rétréci, qu'on peut à peine y introduire un stylet. — Les renseignements communiqués par M. Vernois apprennent que le sujet sur lequel cette pièce a été recueillie, présentait depuis plusieurs années les symptômes d'une gastrite chronique qui avait suivi l'ingestion d'une certaine quantité

d'acide nitrique, et qui depuis peu avait fait place à des symptômes de gastrite aiguë.

M. Després montre une pièce anatomique ayant pour sujet une hernie étranglée chez une femme qui, le sixième jour après l'étranglement, a été soumise à des tentatives de réduction qui ont été impuissantes, puis à l'opération. Cette hernie, prise d'abord pour une hernie inguinale, et opérée comme telle, est une hernie crurale dans laquelle il y a eu perforation de l'intestin par gangrène. Un cordon volumineux placé sur la partie interne de l'ouverture abdominale de la hernie, paraissait d'abord formé par l'artère épigastrique provenant de l'obturatrice, mais sur la remarque de M. Bérard, on reconnaît que ce cordon n'est autre chose que l'artère ombilicale, tandis que l'épigastrique siège au côté externe de l'anneau.

Au sujet des valvules conniventes trouvées par M. Maisonneuve jusqu'à la terminaison de l'intestin grêle, M. Bégin communique à la Société un cas dans lequel il a rencontré cette disposition coïncidant avec une diminution de longueur de l'intestin grêle qui n'avait que huit pieds et demi. M. Craveilhier, qui a fait faire à la Salpêtrière de nombreuses mensurations comparées du tube intestinal, a rencontré un cas dans lequel l'intestin grêle n'avait que sept pieds et demi; il établit comme limites extrêmes de la longueur du canal intestinal, sept pieds et demi pour la limite de minimum, et vingt-un pieds pour celle de maximum.

M. Baillarger présente un cas de mélanose des villosités. La surface de l'intestin grêle offre çà et là des espaces de quelques pouces d'étendue, dans lesquels la muqueuse offre un pointillé noir très fin produit par la coloration en noir de l'extrémité des villosités.

M. Vernois présente un foie recueilli chez une femme qui, après 45 années d'une ascite, a été soumise deux fois à la ponction et a succombé après la deuxième. Le foie, revenu sur lui-même, présente à peine la tiers du volume habituel, est enveloppé de fausses membranes très épaisses, dans lesquelles son tissu est comme condensé. Dans la vésicule du fiel, dont le col est oblitéré par un petit calcul blanchâtre et légèrement coloré en vert du côté du canal cystique, on trouve un second calcul de forme cylindrique, d'une blancheur éclatante.

M. Pégot présente un cancer du foie avec communication dans le duodénum : une caverne vaste et anfractueuse servait en quelque sorte de diverticulum à cet intestin; elle était disposée de manière à ce que les matières contenues dans le duodénum devaient passer par cette excavation creusée dans le tissu de foie. Cette pièce a été recueillie chez une femme dont la mère et la sœur avaient succombé à des cancers de l'estomac.

M. Fourcade présente, de la part de M. le docteur Viardin, de Troyes, un cas de sphacèle de l'utérus chez une femme qui avait offert, pendant la vie, des symptômes qui furent attribués à la présence d'une mole. M. Courvilliers constate, à l'examen de la pièce, qu'il s'agit d'un polype volumineux atteint de gangrène par suite de laquelle le tissu de l'utérus sphacélé lui-même est devenu le siège d'une perforation du côté de la cavité péritonéale. Des renseignements ultérieurs fournis par M. Viardin apprennent que la femme sur laquelle cette pièce a été recueillie était âgée de 52 ans, mère de deux enfants, affectée depuis environ 18 mois de métrorrhagies qui se renouvelaient assez régulièrement à chaque époque menstruelle, et s'accompagnaient de douleurs abdominales extrêmement vives; que chez elle on avait constaté depuis 6 mois un accroissement de volume de l'utérus et un développement assez marqué des seins; que les hémorrhagies s'étaient converties en un écoulement leucorrhéique presque continu.

Un mois avant la mort, il était survenu une diarrhée abondante avec douleurs très vives dans la région hypogastrique. Ces douleurs étaient comparées par la malade à celles de l'enfantement.

Huit jours avant la mort, l'orifice utérin s'était ouvert et laissait sentir un corps mou, frangé, laissant écouler une matière fétide et des lambeaux d'un tissu sphacélé. Des tentatives de dilatation du col de l'utérus au moyen d'une éponge ont été faites, ainsi que des injections avec une solution étendue de chlorure de soude. Pendant une de ces injections, qui jusque là n'avaient pas été douloureuses, la malade se plaignit d'une douleur vive et toute nouvelle qui s'accompagna tout-à-coup d'une tension considérable et d'une grande sensibilité jusqu'au moment de la mort, qui eut lieu au bout de 24 heures.

M. Denonvilliers présente un col utérin cancéreux dont l'ablation a été faite par M. Lisfranc. Cette opération a eu ceci de particulier

qui s'est écarté de 20 à 25 degrés avant, qu'il n'aurait été suffisamment abaissé pour opérer la section du col. Il y a eu deux hémorragies. La malade est très bien au moment où M. Denonvilliers présente la pièce :

M. Denonvilliers présente au cas d'abcès enkysté dans la cavité utérine, une tumeur osseuse. La matrice dilatée contenait deux portions de cette tumeur. Cette maladie n'avait donné lieu pendant la vie à aucun symptôme ou du moins n'avait pas été soupçonnée. M. Maisonneuve dit avoir observé un cas semblable en faisant l'autopsie d'une femme qui avait succombé pendant le choléra.

M. Regnier a rencontré la même tumeur dans une semblable, mais chez quelques-unes de ces femmes qui ont succombé au choléra, il y avait en plus douleurs vives et continues dans l'abdomen hypogastrique.

Observation de tubercule de la moelle épinière présentée par
M. EAGER, interne à l'hôpital des Enfants-malades.

La nommée Briard (Jeanne), âgée de 13 ans, demeurant rue Saint-Denis, en apprentissage chez un fabricant de fleurs artificielles, entra à l'hôpital des Enfants le 20 février 1883. Ses parents disent que ses facultés intellectuelles étaient très développées avant sa maladie. Elle était d'une disposition très irascible. Elle n'est pas réglée et jouissait habituellement d'une très bonne santé. Il y a un an que la maladie actuelle a débuté par une douleur bornée à la partie latérale gauche de la tête; cette douleur est survenue sans cause connue, et a persisté sans interruption pendant quatre mois sans trouble des facultés intellectuelles, ni avant ni depuis son apparition. Huit ou dix jours après l'invasion de cette céphalalgie, on remarqua chez elle un embarras dans l'articulation des mots, une espèce de balbutiement très prononcé qui n'existait pas avant. On a aussi observé une déviation de la langue vers le côté gauche. Environ trois semaines après, la malade a senti pour

la première fois la douleur s'étendit vers la partie supérieure du cou, et bientôt une faiblesse s'est déclarée dans le bras et dans l'extrémité inférieure droite, faiblesse précédée de quelques mouvements saccadés de ces membres et qui se termina, douze jours après, par une paralysie complète de ces mêmes membres. La sensibilité, quelque plus obtuse que du côté opposé, n'était pas considérablement diminuée. Je n'ai pu vérifier si cette sensibilité fut exaltée avant l'apparition de la paralysie incomplète. La malade se plaignait de fourmillement et d'une sensation de chaleur brûlante aux extrémités supérieure et inférieure droites; le moindre mouvement qu'on imprimait à ces membres lui faisait pousser les hauts cris. Elle a été obligée de rester au lit les trois premiers mois; ensuite la douleur de tête étant devenue à-peu près périodique, et les membres ayant repris quelque force, elle marchait un peu à l'aide d'une canne, traînant toujours la jambe droite et remuant le bras droit avec peine. Il y a six mois, pour la première fois, se sont déclarées de la toux; d'abord sèche, de la dyspnée; quatre semaines après, toux plus grasse, crachats abondants, et diarrhée parfois; la toux n'a pas cessé depuis. Le 1^{er} mars, céphalalgie latérale gauche revenant périodiquement. Facultés intellectuelles plus obtuses peut-être que dans l'état normal, pas de délire; yeux très-rouges, quoique non injectés; figure évidemment tirée vers le côté gauche; prupière droite plus basse que la gauche; aile du nez du côté droit presque immobile, ainsi que les muscles du côté droit de la face; la sensibilité est aussi diminuée de ce côté; langue déviée du côté gauche; douleur très-forte dans la région du cou, contraction ou raideur permanente des muscles du cou du côté droit, facile à surmonter pourtant: il en était de même du bras et de l'extrémité inférieure droite. Sensibilité

considérablement diminuée de ce côté, ainsi que le mouvement, quoiqu'il ne soit pas entièrement aboli; le mouvement communiqué est accompagné de beaucoup de douleur. La malade se plaignait d'une chaleur âcre avec fourmillements, qui s'étendait depuis le cou et le bras droit jusqu'à la plante du pied de ce côté. Décubitus constamment dorsal. Percussion de la poitrine donnant un son mat dans les régions sus et sous-claviculaires; respiration cavernreuse avec gargouillement des deux côtés au niveau des clavicules, tubaire sous les aisselles, mêlée de râle sibilant dans toute l'étendue du thorax. Toux très fréquente, crachats vorticeux, poulx petit, régulier, langue naturelle, épanouie; soif vive; pas de douleur épigastrique; légère douleur à la pression, à l'ombilic et dans les régions iliaques; selles abondantes et fréquentes, mais volontaires; il en est de même de l'excrétion de l'urine; chaleur de la peau à peu près naturelle.

Cet état a persisté jusqu'au 8 mars, et ce n'est qu'il y avait beaucoup de fièvre le soir. Le 8 mars, dans la nuit, il est survenu une anxiété très grande, avec douleur forte accompagnée d'un vomissement après l'ingestion d'une boisson froide. Le lendemain nous avons trouvé le ventre météorisé, douloureux à la pression, anxiété très grande des traits, diarrhée persistante, selles involontaires, poulx fréquent, très dur; respiration irrégulière et saccadée; beaucoup de râle sonore et sibilant des deux côtés de la poitrine. Le 9 mars, ventre plus souple, moins douloureux, dyspnée et toux comme la veille, poulx filiforme. Les efforts faits pour remuer la jambe et le bras droits occasionnent beaucoup de douleur. Le soir, exacerbation de tous les symptômes; orthopnée, sueurs froides, selles involontaires, poulx insensible. Mort à 1 heure du matin.

Autopsie 21 heures après la mort. — Cerveau. Sa sur-

face externe et supérieure est très injectée; infiltration prononcée du tissu cellulaire sous-arachnoïdien. La substance des hémisphères est saine. L'arachnoïde paraît dans quelques endroits opaque et épaissie entre les circonvolutions. *Cervelet*, d'une couleur et d'une consistance naturelles.

Rachis. La surface externe de la dure-mère présente son aspect et sa coloration normale. A deux pouces quatre lignes au-dessous du sillon qui sépare la protubérance annulaire de la moelle, celle-ci était évidemment ramollie dans l'étendue d'un pouce et demi; légèrement rose et sous un air de bouillie sous un filet d'eau. Au milieu de ce tissu ramolli étaient deux corps distincts: l'un arrondi, jaune, verdâtre, résistant au toucher, et gros comme une aveline. Lorsque on l'eût trépané par le milieu, on vit que la surface de la coupe était jaune, verdâtre, légèrement grenue, homogène, sans couche concentrique, sans organisation appréciable, présentant six lignes de haut en bas, et quatre en largeur; l'autre, offrant le même aspect, mais ayant une forme allongée; aplatie et était placée à côté du précédent. Ces deux petits corps avaient l'aspect tuberculeux, ils étaient situés plus près de la face postérieure que de l'antérieure. La dure-mère vers la face postérieure deus était adhérente; par sa partie antérieure cette membrane s'adhérait point aux tubercules, il y avait au milieu la substance blanche conservée entre elle et les tubercules. Au-dessus et qu'en dessous du lieu de la lésion, la moelle conservait son volume, sa consistance et sa conformation ordinaires.

Poumon. Du côté droit, les membranes péricardiales unissant, quoique faiblement, la plèvre costale à la plèvre pulmonaire; épanchement d'environ 14 onces d'un liquide séro-purulent, sans odeur remarquable, dans la ca-

vité droite de la poitrine; poumon droit contenant à son sommet une dépression qui correspondait à une caverne. Dans le reste de son étendue existaient des masses tuberculeuses isolées, encore dures. Du côté gauche existent des tubercules volumineux autour d'une caverne de petite dimension. Cœur un peu augmenté de volume dans le ventricule droit et l'oreillette de même côté un caillot fibrineux. Environ 5 onces de sérosité dans le péricarde; pas d'adhérences.

Abdomen. Le péritoine est humecté par une grande quantité de sérosité. La surface antérieure de l'intestin grêle présente des arborisations; ampullaires très prononcées.

L'estomac, d'un volume ordinaire, a son aspect camouflé dans une étendue de 4 à 5 centimètres la grande courbure. La muqueuse, extrêmement pâle partout, est tellement ramollie qu'il est impossible d'en rompre nulle part un lambeau d'une demi-ligne, si ce n'est vers l'extrémité pylorique; mais il n'y a ni infection, ni ulcération.

Les deux tiers supérieurs de l'intestin grêle ne présentent que de petits tubercules sous-muqueux, épars, sans injection au pourtour. Vers le tiers inférieur de l'iléon, on remarque des plaques rouges, injectées, avec quelques petites ulcérations éparses. Dans le reste du tube digestif les plaques la muqueuse est d'une mollesse extrême. Le rectum est criblé d'ulcérations. La muqueuse a tout à fait disparu dans plusieurs endroits, notamment au rectum, dans l'étendue d'un pouce; dans les points où elle existe encore, elle est très épaisse et ramollie. Dans le colon, même altération.

Le foie est d'un volume naturel; les reins, la vessie, et l'utérus sont sains.

*Rapport sur l'observation précédente; par M. RUFZ, interne
à l'hôpital des Enfants-Malades.*

L'observation que nous avons présentée 35. Eager est remarquable par le soin exact avec lequel il a noté les symptômes observés pendant la vie. Ce n'est pas la première fois que des tubercules ont été trouvés dans la moelle épinière d'un enfant; mais les quinze observations, soit dans le ouvrage de M. Ollivier et Gandrin, soit dans quelques thèses inaugurales. De toutes ces observations, celle que nous présentons M. Eager est, sans contredit, la plus complète. Dans les autres, la présence des tubercules est simplement indiquée; dans les autres ce sont les symptômes qui manquent. Rapprochée des quinze observations que nous avons connues, celle de M. Eager en confirme les principaux résultats.

1^o Ces tubercules se sont trouvés plus souvent dans l'enfance que dans les autres âges. Le sujet de l'observation de M. Eager n'avait que treize ans. Je dois dire cependant que, parmi les quinze cas précités, il en est un dont le sujet est un militaire de 60 ans passés.

2^o Ces tubercules ont été trouvés plus souvent dans la région cervicale que dans les autres; c'était au niveau de la quatrième vertèbre cervicale qu'existait le tubercule décrit par M. Eager. Cependant, dans une thèse, j'ai trouvé mentionnée l'existence d'un tubercule dans le renfoncement inférieur de la moelle.

3^o L'état de la mobilité des membres paraît être jusqu'à présent un thermomètre si sûr et si sensible de l'état des centres nerveux, que nous pouvons nous en servir pour apprécier la marche de la maladie.

4^o Ainsi la maladie datant d'une année, nous pouvons tenir pour assuré qu'auparavant la moelle était parfaitement

saine, et qu'il a fallu une année pour développer dans sa substance deux tubercules de la grosseur de ceux dont il est ici question. Mais la paralysie n'étant complète que depuis huit mois, pendant les quatre mois qui précèdent existait-il seulement un travail préliminaire pouvant irriter la moelle, mais sans produire de tubercule? ou bien la paralysie n'est-elle survenue que lorsque le tubercule a été assez volumineux pour comprimer la moelle dans une assez grande étendue, ou bien enfin la paralysie tenait-elle au ramollissement circonvoisin, plutôt qu'au tubercule même? Nous ne trouvons, dans l'observation de M. Eager, aucune circonstance qui puisse nous décider en faveur de l'une ou de l'autre de ces opinions.

Par sa position, le tubercule comprimait également les racines antérieures des nerfs naissant au niveau de son siège, autant que les racines postérieures, et cependant la motilité était plus altérée que la sensibilité.

Observation de péricardite ; par M. MAISONNEUVE, interne de la Pitié.

Bouleau, tailleur, âgé de 17 ans, d'une constitution délicate, fut pris le 22 décembre 1838, d'une courbature générale, accompagnée de céphalalgie, de dévoiement et d'un peu de toux. Lors de son entrée à l'hôpital, ces symptômes, joints à un air de stupeur assez prononcé, firent craindre une fièvre entéro-mésentérique. Il y avait aussi quelques palpitations, un peu de douleur à la région précordiale, le pouls avait de la fréquence ; mais ces symptômes, peu prononcés du reste, furent négligés ou regardés comme dépendant de l'affection typhoïde présumée. Le thorax résonnait bien. Il n'y avait qu'un peu de râle muqueux. On se contenta de prescrire des boissons émollientes, quelques lavements laudanisés, des cataplasmes

sur l'abdomen, et une application de 15 sangsues à l'épigastre.

Dix jours se passèrent ainsi sans que les symptômes de la fièvre entéro-mésentérique prissent un caractère plus prononcé; les symptômes thoraciques, au contraire, qu'on avait jusque là peu remarqués, prirent un développement considérable.

Le 7 janvier, la douleur précordiale était telle, que la percussion la plus légère était insupportable, les palpitations revenaient tous les soirs par accès. C'était même ce symptôme qui gênait le plus le malade, et contre lequel il demandait le plus instamment un remède. Le pouls fréquent (120) et serré ne présentait aucune irrégularité. Un vésicatoire fut appliqué à la région précordiale.

Le 8 janvier, en examinant avec soin le thorax, on constata une matité assez évidente dans presque toute la partie postérieure des deux côtés; on entendait la respiration tubaire, et une égophonie des mieux caractérisées. Les battements du cœur donnaient une impulsion forte, mais un bruit obscur; un bruit de soufflet s'entendait entre les 6^e et 7^e côtes. La région précordiale était douloureuse, au point que la moindre pression était insupportable. On crut devoir s'abstenir de la percussion.

Le malade ne pouvait rester couché que sur le dos, ou légèrement incliné sur le côté droit, la tête et la poitrine élevées. La physionomie, toujours sérieuse, exprimait l'anxiété; la respiration était courte et fréquente, la toux pénible, surtout le soir, et presque sans expectoration; le pouls était précipité, la langue humide et nette; le malade avait des nausées fréquentes, souvent des vomissements et toujours un peu de dévoisement.

Cependant la maladie marchait: les palpitations devenaient plus fréquentes et plus pénibles, les battements du

cœur se faussent à percevoir jusqu'à la région épigastrique. Les forces s'affaiblissent; le décubitus sur le dos avait donné lieu à des escarres au sacrum. De plus, il se manifesta dans les deux poulmons quelques points pneumoniques, caractérisés par des créchats rouillés, du râle crépitant au commencement du poumon droit et vers la partie moyenne du poumon gauche. Ces symptômes, joints à une anémie très prononcée des deux côtés du thorax, à une égophonie évidente, à une dissipation continue et avec exacerbation le soir, à la fréquence et à la petitesse du pouls, enfin à l'affaiblissement progressif, firent croire à l'existence de tubercules; il n'y avait cependant pas de sueurs.

Trois cautères furent appliqués au-dessous du sein gauche; quatre jours après, on passa un suture au niveau de la partie antérieure de la 6^e côte. Mais la maladie faisait des progrès rapides; et le 7 février, après un violent accès de palpitation, le malade succomba vers les 10 heures du soir.

Autopsie 40 heures après la mort. — La cavité des plèvres contient de l'un et l'autre côté environ une pinte de sérosité citrine; sans flocons albumineux, sans fausses membranes, ni aucune altération locale appréciable du tissu séreux. Le poumon droit présente un engorgement très prononcé, mais sans hépatisation, à la partie supérieure.

Le poumon gauche est hépatisé dans toute sa partie moyenne. La portion malade ne surnage pas dans l'eau. Le cœur, vu à travers le péricarde, paraît très volumineux, le péricarde adhère partout à la surface du cœur au moyen de fausses membranes de formation récente, et cependant assez bien organisées. Ces fausses membranes, plus épaisses à la face inférieure, se divisent en deux couches bien

distinctes. L'une, profonde, très-inégalement sinuée : creuse vers sa base, son épaisseur, son insertion sont plus ou moins transparentes ; mais elle offre une résistance remarquable et se peut être déchirée par un effort momentané considérable ; examinée avec soin, elle m'a paru formée de fibres très-multiples, perpendiculaires les unes à l'autre, et de fibres parallèles entre elles, entremêlées de nombreux vaisseaux artériels et veineux, et imbibées d'un liquide gélatineux. La deuxième couche, plus superficielle, d'une épaisseur qui varie entre 4 lignes et une ligne, adhère intimement à la première dont elle se différencie sous tous les rapports ; elle est plus avirgide ; d'un blanc sale, d'un aspect très analogue à celui des caillots stratifiés des anévrysmes. Cette ressemblance est même rendue plus grande encore par une coloration rouge qu'elle revêt en plusieurs endroits. Elle est plus épaisse et plus résistante que la première.

Au dessous de ces couches morbides, le tissu du cœur ne paraît aucunement altéré ; son volume, qui paraissait énorme, n'est guère supérieur au volume normal.

Les viscères abdominaux ne présentent presque aucune altération ; on aperçoit, seulement, dans le jejunum quelques follicules de Brunner assez développés ; du reste, il n'y a rien de remarquable.

Sous le rapport des symptômes, cette observation nous présente plusieurs choses à remarquer. Les uns ne pouvaient guère être rapportés qu'à la péricardite ; tels sont les palpitations, l'impulsion violente des battements du cœur coïncidant avec l'obscurité de leur bruit, la douleur fixe et excessive de la région précordiale ; et à cette occasion je ferai remarquer que cette douleur avait un caractère que l'on observe rarement, celui d'augmenter par la pression. MM. Chomel et Andral en effet, ne l'ont observé qu'une seule fois.

Les autres signes, bien que complétant la série des symptômes de la péricardite, pouvaient être rapportés à d'autres lésions : je veux parler de l'orthopnée, de l'acélération du pouls, de l'anxiété. Enfin, d'autres symptômes appartenant à des lésions concomitantes pouvaient donner le change ; ce sont la toussiculation continue avec exacerbation le soir, la matité dans toute la partie postérieure des deux poulmons, l'égophonie, et plus tard les crépitements rouillés et le râle crépitements des poulmons, le amaigrissement. Si l'on joint à cela d'ailleurs de plusieurs signes importants de la péricardite, tels que l'irrégularité du pouls, la matité du son à la région précordiale, on conviendra que le diagnostic pût être embarrassant.

L'examen de la pièce anatomique nous démontre en fait signalé par tous les auteurs, c'est que les fausses membranes du péricarde envahissent le plus souvent toute la surface de la cavité. Mais elle nous a présenté plusieurs choses à noter, entre autres l'absence complète de liquide, la disposition des fausses membranes en deux couches de densité, d'aspect et d'organisation différentes : ce qui semblerait faire croire que la maladie a eu deux périodes, que la première avait passé le moment d'incrémentum, qu'elle tendait à la guérison, quand est venue une recrudescence caractérisée par la formation de la deuxième couche, et que c'est au milieu de cette deuxième période que le malade est mort. Peut-être les cautères et le séton auront-ils été pour quelque chose dans cette recrudescence.

*Extrait du rapport de M. DENONVILLIERS, sur
l'observation précédente.*

Les palpitations revenant par accès, la dyspnée accompagnée d'anxiété excessive et survenue brusquement,

l'impulsion violente des battements du cœur avec obscurité des bruits, la fréquence du pouls avec ou sans irrégularités, la douleur vive et aiguë dans la région précordiale, me paraissent constituer un ensemble de symptômes caractéristiques de la péricardite aiguë. Aucun de ces symptômes ne manquait chez quatre malades que j'ai observés; l'un d'eux, en outre, avec M. Berminier (1). J'ajouterai que dans un seul des quatre cas que j'ai cités, la péricardite existait seule. Dans les trois autres, elle était accompagnée, comme dans l'observation de M. Maisonneuve, d'un péricardite pleurétique sans inflammation, et deux fois, en même temps, de pneumonie lobulaire. L'ordre de succession des symptômes démontrait que l'affection de la plèvre et du péricarde avait été consécutive à la péricardite. Existe-t-il entre les deux maladies une simple concomitance, ou faut-il établir entre elles un rapport de cause à cet effet? Je penche pour la dernière opinion. Quoi de plus conforme à l'analogie et aux idées physiologiques que l'hydropisie d'une membrane séreuse déterminée par une maladie qui affecte l'organe central de la circulation? C'est donc ainsi que je résumerais l'observation de M. Maisonneuve: Maladie du péricarde qui a déterminé un hydrothorax symptomatique.

Quant à la nature même de la maladie, je ne saurais voir

(1) La lytée, donnée par quelques praticiens comme un symptôme propre à la péricardite, n'a existé dans ces quatre cas à aucune époque de la maladie. Le bruit de frottement sur lequel M. Stokes, de Dublin, a fait un fort bon mémoire, n'a pas non plus été noté; il est vrai que ces péricardites étaient caractérisées par un épanchement considérable, et que je ne faisais pas alors des signes stéthoscopiques une étude spéciale. M. Maisonneuve a noté dans son observation un bruit de soufflet entre la cinquième et la sixième côtes. Or, M. Stokes admet que le bruit de frottement, résultat d'exsudation albumineuse dans le péricarde, peut revêtir cette forme.—L'observation qui nous occupe viendrait donc à l'appui de idées de M. Stokes.

la une péricardite ordinaire, qui se coudeux périodes, à chacune desquelles se correspond la formation d'une couche particulière de fausses membranes. J'ai fait l'ouverture du cadavre avec M. Maisonneuve, qui, j'ai bien constaté, comme lui, qu'il y avait deux couches de fausses membranes parfaitement distinctes, la différence était même si tranchée, que je pensais d'abord qu'on ne pouvait superficielle était seule contenue dans les péricardites la couche profonde ne paraissait avoir son siège dans le tissu intermédiaire à la membrane séreuse et aux fibres charnues du cœur, et je ne l'ai pu soupçonner qu'après une dissection attentive de la péricardite séreuse, que je vous ai montrés immédiatement appliqués sur le cœur. Mais, d'accord avec M. Maisonneuve, que le fait principal, je varie sur l'explication. Les deux couches me paraissent avoir été formées simultanément et à la fois, et je crois qu'il s'agit, dans le cas présent, d'une variété peu commune de la péricardite, je veux dire d'une péricardite hémorragique, dans laquelle l'hémorragie a prédominé sur l'inflammation. Les exemples hémorragiques, connus déjà pour la plèvre, les ont plus encore pour le péricarde, mais leur rareté n'est pas une raison pour se refuser à les admettre quand ils se présentent. Après l'inspection attentive de la pièce, on ne pouvait pas douter que la couche superficielle ne fût un caillot sanguin semblable à ceux des anévrysmes, et formé principalement par la matière colorante du sang. L'autre couche offrait l'aspect d'un tissu fibreux et artériel, enfermant dans ses mailles une matière demi-fluide et transparente; je pense qu'elle a été formée par le dépôt des portions fibrineuses et albumineuses du sang. Sa consistance était très considérable, et c'est encore un argument en faveur de mon opinion; car Laennec a fort bien observé et mentionné dans son livre

que, dans les pleurésies hémorrhagiques, les fausses membranes acquièrent une dureté particulière, et un commencement d'organisation fibreuse. Je ne sais pas sur quoi on pourrait appuyer l'idée de deux formations successives; ce n'est pas au tour du marche des symptômes, serait-ce sur la différence d'aspect des deux couches? Mais toutes ces inflammations des membranes séreuses donnent lieu à deux produits différents, et pourtant sécrétés ensemble. Je serai curieux de débattre avec la couche superficielle, paraît aussi ancrée que la profonde, car il faut un certain laps de temps pour que le sang déposé dans nos tissus subisse les transformations par lesquelles il arrive à l'état de caillots semblables à ceux des anévrysmes. Enfin, relativement à la position respective des deux couches, je demanderai à la Société la permission de lui citer un fait qui me paraît propre à éclaircir la question. On ouvrit, l'année dernière, à l'Hôtel-Dieu, le corps d'une femme qui succomba à la suite de la rupture d'un anévrysme de l'aorte dans la plèvre gauche. Des caillots noirs remplissaient la poitrine; le poumon était enveloppé d'une couche jaunâtre de quelques lignes d'épaisseur. Le départ s'était fait, dans le thorax, comme il se fait dans un bassin à la suite d'une saignée, dans la portion fibrineuse du sang, et sa portion crurorique s'était déposée sur les organes, l'autre était restée dans la cavité séreuse. Plusieurs médecins, témoins de l'autopsie, raisonnèrent sur ce phénomène, et sur les conséquences qu'on en pouvait tirer pour l'explication de la formation des fausses membranes dans les cas d'inflammation hémorrhagique des membranes séreuses. L'occasion d'appliquer ces réflexions se présente : je la saisis.

Observation de cancer de l'estomac, par M. Marsden, interne de la Pitié.

Henriette Michaud, âgée de 43 ans, entra à l'hôpital pour une tumeur dure, peu circonscrite, mobile, placée dans l'hypochondre gauche, paraissant appartenir au grand cul-de-sac de l'estomac. Il y avait de la douleur au niveau de la tumeur, des vomissements et de la diarrhée. Bientôt l'on vit la tumeur s'acheminer peu à peu vers la région épigastrique. Cette tumeur ne soupçonnait aucune connexion de la tumeur avec le foie, et, si elle n'était d'abord, serait revenue graduellement à son volume normal.

Cependant les accidents augmentèrent, des vomissements noirs parurent, le dévoiement prit un caractère noir, l'émaciation fit de rapides progrès, et le 4 février au soir, la malade expira.

Autopsie 36 heures après la mort. — Cadavre réduit au dernier degré de marasme; le ventre est resserré, concave; on sent à travers ses parois une tumeur peu mobile, dans la région épigastrique.

L'estomac est sain dans toute la portion splénique; toute la portion pylorique, c'est-à-dire, la tierce droite de l'organe est considérablement rétréci. Ce rétrécissement n'est pas graduel, mais commence tout d'un coup sur les limites de la portion saine, et dans ce point existe un bourrelet saillant qui en impose d'abord pour le pylore. Les parois sont épaissies, dures et saignantes; cette dégénérescence paraît exister surtout dans la couche sous-séreuse; la membrane muqueuse, la couche qui la double, et même la membrane musculaire, paraissent étrangères à la maladie. Aucune connexion anormale n'existe avec le foie, mais l'épiploon et le pancréas sont intimement unis à l'estomac; leur tissu cellulaire est

même hypertrophie, dur, et présente un commencement de dégénérescence dans les points de contact.

Le duodénum et le jejunum paraissent sains. L'iléum dans toute son étendue jusqu'au cæcum, est garni de valvules conniventes d'une coloration irisée, ou mieux d'un gris mêlé de rouge et de noir, elles sont ulcérées et criblées de petites granulations. Au milieu de cette altération on observe quatre ou cinq plaques qui semblent représenter les plaques de Peyer, mais loin de se faire remarquer par leur état pathologique, elles tranchent sur le reste de l'intestin par leur couleur et leur aspect normal.

Les gros intestins ne présentent rien de remarquable. Dans le fond du petit bassin, sur la paroi postérieure de la vessie et sur le rectum, existent des plaques noires, gangréneuses, recouvertes d'une substance caséeuse : l'une d'elles a plus d'un pouce de diamètre.

L'escharre subjacente n'envahit pas toute l'épaisseur des organes sur lesquels elle se trouve, mais est bornée à la superficie.

Archevêque de Bordeaux, Salamina. Tumeur comprimant le
cerveau.

2010. Paris, Hôtel-Dieu, Salle Sainte-
Anne, n° 2.

Le 14 février 1834, est entré le nommé Paris (Pierre-
Alphonse), âgé de 35 ans, milouier.

Antécédents. Il y a dix ans qu'il s'est pour la première fois
livré à l'étamage. Deux ans après, il fut affecté, une pre-
mière fois, d'un tremblement; depuis il en a eu deux
autres, et c'est pour la quatrième fois qu'il est maintenant
attaqué. Ces diverses maladies ont été traitées à l'hôpital
Saint-Antoine, dans le service de M. Napeloy, par des bains

simples et des bords de vapeur. Après deux ou trois nuits, le malade pouvait reprendre ses travaux, mais je ne suis pas sûr que l'insomnie n'ait disparu complètement. Dans ces attaques il n'y a ni délire, ni fièvre, ni prostration, et, aux yeux du malade, l'état actuel est beaucoup plus grave qu'il ne l'a jamais été précédemment.

Malade dément depuis les premiers jours de janvier, cet homme était resté dans un état de prostration jusqu'à ce qu'il avait eu la fièvre, de laquelle il se débarrassa, et ses membres devinrent plus tardifs que ce qu'il se passa d'ailleurs. L'hôpital. Il n'a jamais eu de convulsion, ni d'attaque; son haleine est habituellement fétide; ses dents sont sèches, mais solides. Pendant son séjour à l'hôpital, il n'y a eu ni de dérangement des fonctions digestives; lors de son entrée, il n'avait point de douleur dans la poitrine; il ne toussait pas. Seulement, le jour qui précéda sa mort, il crachait tout son lit de sang mêlé à une expectoration visqueuse, ce qui fit supposer le début d'une pneumonie, quoique l'auscultation ne le fit pas reconnaître, et l'examen ne fut plus renouvelé. Ce qui doit frapper surtout l'attention, c'est l'état général, les mouvements convulsifs, la diminution des mouvements volontaires et les diverses accidents qui terminèrent sa vie.

Voici son état au 6 février; constitution de forme moyenne, corps amaigri, decubitus dorsal. Les membres supérieurs pendant sur les côtés du corps; les inférieurs allongés, comme raidis, par une extension forcée. Les yeux sont sensibles, les pupilles dilatées, peu mobiles; point de mal d'oreille, point de bourdonnements, point de céphalalgie.

Mouvements convulsifs. 1°. La tête est constamment agitée d'un mouvement de rotation; cette oscillation est constante, même lorsque la tête est appuyée contre l'o-

brouille, et c'est ce qui a empêché de connaître le début de chacun des symptômes qu'il présente.

Le 8 février, l'intelligence est dans le même état.

Les mouvements convulsifs de la face sont beaucoup plus fréquents; ceux du côté radial des deux avant-bras ont presque disparu. La plante des pieds est toujours contracturée. Le tremblement de la tête et de la langue est resté le même. Le côté droit de la poitrine, depuis la veille au soir, est agité comme pendant un frisson.

Les mouvements volontaires des extrémités supérieures sont plus étendus. La jambe et la cuisse gauche se remuent avec plus de facilité, mais la droite est complètement immobile et insensible.

Point de céphalagie, sommeil d'une heure, point de délire dans la nuit; moins de faiblesse. En somme l'état du malade paraît amélioré.

Le 11 à la visite; râle entendu à grande distance; résolution générale du corps et des membres; mouvements d'oscillation latérale de la tête; les lèvres se ferment convulsivement; les pommettes sont fortement tirées en haut et en dehors; les ailes du nez médiocrement dilatées. Les yeux sont hagards; ils remuent à chaque instant, on dirait que le malade fait un effort pour les diriger constamment en haut et en arrière; les paupières ne se ferment presque jamais. Le malade ne répond plus; il paraît entendre encore. La poitrine est dans une oscillation continuelle. Les avant-bras sont ramenés sur l'abdomen, les poignets fléchis, les pouces dans la main, et continuellement tremblants. L'insensibilité est complète. Par intervalle, le malade éprouve un mouvement général de tension; alors la tête se jette en arrière, le cou se raidit, les pupilles se cachent sous la paupière supérieure. Ces nouveaux accidents se sont manifestés dans la soirée du 10: la Religieuse

de la salle dit que le malade semblait avoir une attaque d'épilepsie; de temps en temps, il paraissait reprendre un peu connaissance, puis il la perdait de nouveau. Il a succombé, 24 heures après le début de cet accès, ayant continuellement, et dans la perte la plus absolue de connaissance pendant les 12 dernières heures.

Dans le cours de la maladie, on a pu observer, sur l'abdomen, la poitrine et les membres supérieurs, une éruption de sudamina remarquables par leur nombre et leur volume.

Le 6, ils formaient des vésicules transparentes, globuleuses, variant du diamètre d'une demi-ligne à deux lignes. Entourées d'une auréole rouge, le liquide qu'elles contenaient était partout transparent, excepté sur l'abdomen, où il était légèrement trouble. Sous la mâchoire étaient des paillettes d'épiderme provenant de la desquamation de quelques-unes de ces vésicules.

Le 8, plusieurs de ces sudamina se sont détachés; de nouveaux ont paru; sur quelques points de la poitrine et de l'abdomen, la desquamation se fait par plaques, tant les tumeurs sont rapprochées.

Le 11, on en trouve de nouvelles, et le 13, sur le cadavre, 36 heures après la mort, on en voit beaucoup qui contiennent un liquide transparent, et qui sont en tout analogues à celles que l'on a observées pendant la vie.

Traitement. Tis. bour.; 6 bains de fumigations dans le lit par l'appareil à alcool; ces bains ont, suivant les jours, produit ou de la chaleur sèche, ou des sueurs peu abondantes. Bouillon, soupe.

Autopsie faite 38 heures après la mort. — Raideur cadavérique très marquée.

Tête. Cerveau injecté, piqueté de rouge, consistance

ferme; nulle part la substance grise ne présente d'altération.

Sur le prolongement postérieur du pont de Varole, on trouva une tumeur adhérente à la substance grise du lobe du cervelet. L'arachnoïde la recouvre sans y adhérer, sans présenter de traces d'altération récentes ou anciennes. La dyre-mère et les os, sur lesquels appuie la tumeur, ne présentent non plus ni altération, ni dépression; son volume est d'une petite noix.

Cette tumeur, formée par des paillettes nacrées, est tout-à-fait semblable à celles déjà décrites dans l'ouvrage de M. Cruveilhier : tumeurs composées de stearine et de cholestérine. On n'a trouvé, dans aucune de ces tumeurs, ni vaisseaux, ni tissu cellulaire.

La moelle est d'une consistance très ferme dans la région cervicale : nulle part ailleurs on ne trouve d'altération, ni dans la consistance, ni dans la couleur.

Poitrine : Le poumon gauche présente de l'hépatisation rouge dans son lobe inférieur; le bord tranchant est emphysémateux. Dans l'épaisseur des points hépatisés, on trouve des taches d'un rose vif; le droit n'offre que peu d'engouement.

Le cœur est mince et consistant.

Abdomen. ballonné. Le foie, la rate et les reins sont pleins de sang et d'une couleur foncée; les intestins n'ont offert qu'un aspect sain. Les glandes du mésentère sont petites, et ne contiennent aucune production analogue à celles qui forment la tumeur du cervelet.

On a recherché minutieusement dans tous les organes et dans les grandes articulations, dans les testicules, et l'on n'a pas trouvé de trace d'une semblable production.

Fracture des os du crâne; commotion, contusion et compression du cerveau sans symptômes de paralysie;

Par M. FLAURY, interne à l'Hôtel-Dieu.

Le nommé Besson, âgé de 30 ans, tanneur, fut apporté à l'Hôtel-Dieu dans la soirée du 18 février; il était alors sans connaissance. Les personnes qui l'accompagnaient dirent qu'il avait fait une chute d'un lieu élevé, mais sans préciser la hauteur; il fut impossible d'obtenir d'autres renseignements.

A la visite du lendemain, on trouve le malade couché sur le côté gauche, dans l'attitude d'une personne qui dort d'un sommeil tranquille; il se plaint lorsqu'on cherche à le réveiller, et ne tarde point à reprendre sa première position; on parvient néanmoins, à lui faire entendre quelques paroles, auxquelles il répond d'une manière assez juste. La figure est colorée; il n'existe aucune altération dans les traits. Les pupilles sont également mobiles; les membres ont conservé de la sensibilité et de la motilité; la respiration n'est point stertoreuse, pas même accélérée; la peau est chaude, le pouls dur et assez fréquent: il n'existe ni incontinence, ni rétention d'urine.

On observe au coude gauche une petite plaie contuse qui a peu d'étendue, et qui paraît d'abord superficielle. On prescrit: Saignée de 16 onces; 25 sangsues à la nuque; petit-lait stibé; sinapismes aux jambes.

Sous l'influence de ce traitement, l'état du malade paraît, le lendemain, s'être amélioré d'une manière sensible; la somnolence est moins marquée; il répond beaucoup mieux aux questions qu'on lui adresse; il dit ignorer complètement les circonstances de sa chute; le pouls conserve toujours de la fréquence. (On se borne à entretenir

une dérivation sur le canal intestinal, au moyen du petit-lait stibié.)

Le 22, trois jours révolus depuis l'entrée du malade à l'hôpital, les bords de la plaie du coude se tuméfient; la peau qui les recouvre est rouge, chaude; la plus légère pression détermine une douleur vive, bientôt suivie d'un mouvement brusque pour retirer le membre; un peu d'empatement existe à la partie supérieure de l'avant-bras; le fond de la plaie est grisâtre, tapissé par une fausse membrane qui s'oppose à ce qu'on puisse constater si l'articulation est intéressée; le malade accuse une céphalalgie intense et une soif vive. (On revient à la saignée; 12 sangsues sont appliquées autour de l'articulation huméro-cubitale; bains de guimauve; cataplasmes; limonade à l'intérieur.)

Les 23 et 24, la tuméfaction du membre a diminué; du pus de bonne nature s'écoule de la plaie. Mais, en même temps que les symptômes locaux perdent de leur intensité, l'état général semble s'aggraver; la voix s'est affaiblie; la somnolence a succédé un état de prostration qui n'a fait qu'augmenter chaque jour; le malade, couché sur le dos, ne paraît pas avoir la force de changer de position; la peau qui recouvre les deux lèvres de la plaie est desséchée dans une petite étendue: on l'incise pour faciliter la sortie du pus.

26. La langue devient sèche, rugueuse; la soif augmente; le malade urine sous lui; le pouls est faible et très fréquent; il n'y a point de dévoilement, point de frissons; le ventre n'est pas douloureux à la pression; la respiration est libre.

A ces symptômes se joint, le lendemain, une teinte ictérique générale, un peu de délire. La figure porte l'empreinte de la stupeur; on croit faire cesser ces accidents

en faisant une longue incision au dessus de la plaie, qui n'offre, du reste, aucun signe d'étranglement; mais le mal n'en fait pas moins de rapides progrès; la faiblesse semble augmenter de plus en plus; une sueur visqueuse recouvre le corps; le malade reste pendant deux jours plongé dans un état comateux, et meurt le 4 mars.

Autopsie 36 heures après la mort. — Crâne. On observe, à la partie postérieure et du côté droit de la tête, une ecchymose sans plaie; l'occipital présente, à droite, une fracture qui s'étend sur la portion voisine du pariétal, et qui est limitée supérieurement par la suture sagittale; elle se termine sur la bosse pariétale par une fêlure. Entre les fragments non déplacés se trouve du sang coagulé à l'intérieur et à l'extérieur; le périoste est déchiré dans les points qui correspondent à la fracture.

Entre la dure-mère et les os, en avant de la fracture, vers la région temporale droite, au-dessus du conduit auditif, on remarque un large épanchement de sang qui se prolonge dans la fosse latérale moyenne de la base du crâne. A quelques lignes du bord supérieur du rocher, il communique avec un semblable épanchement dans la cavité de l'arachnoïde, au moyen d'une rupture de la dure-mère.

En soulevant le caillot sanguin qui recouvre le rocher, on voit que sa base est fracturée comminutivement, et que la solution de continuité s'étend aux parties voisines.

Le sang qui est contenu entre la dure-mère et les os est d'une couleur noire très foncée, tandis que dans la cavité de l'arachnoïde, il est couleur chocolat, et parsemé de stries jaunes qui lui donnent un aspect velouté.

Le cerveau est violemment contus dans le point qui correspond à la fracture, ainsi qu'à l'extrémité antérieure de l'hémisphère droit; une lésion semblable s'observe à l'extrémité antérieure de l'hémisphère gauche.

Les ventricules ne contiennent point de sang; il n'y existe qu'une petite quantité de sérosité.

La portion du lobe postérieur du cerveau qui correspond à l'épanchement présente une dépression considérable.

On observe, dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la face supérieure des hémisphères, des plaques d'un rouge amaranthe formées par des arborisations vasculaires et par du sang infiltré autour des vaisseaux, non-seulement dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, mais encore dans la couche la plus superficielle de la substance corticale. Cette lésion paraît exister d'une manière constante avec les mêmes caractères chez les malades qui ont éprouvé du délire à la suite d'une commotion du cerveau.

Il est difficile de dire si, dans ce point, l'inflammation a son siège dans la pie-mère ou dans la substance cérébrale; ce qu'il y a de certain, c'est que, dans les points correspondants, la pie-mère est adhérente au cerveau, et que la couche la plus superficielle de la substance corticale présente à l'œil et au doigt les caractères d'un ramollissement commençant: elle paraît aussi avoir perdu de son élasticité.

Poitrine. Quelques abcès métastatiques peu nombreux s'observent à la partie postérieure des poumons.

Abdomen. Le tube intestinal n'offre aucune altération. Le foie, dont le volume est normal, offre une légère teinte jaunâtre tant à l'intérieur qu'à l'extérieur; sa consistance est diminuée, surtout au lobe gauche; il n'y existe aucune déchirure; on voit seulement, à sa surface, quelques petites arborisations d'un noir très prononcé: on n'y a point observé d'abcès métastatiques.

La rate est ramollie; quelques taches d'un rouge clair existent à sa surface et dans son intérieur.

Examen du membre. — La face postérieure de l'olécrâne,

est dénudée; au niveau de son bord interne, la plaie extérieure communique dans l'intérieur de l'articulation, qui est remplie de pus.

Les veines profondes de la partie interne du bras et de la face antérieure sont remplies par du pus dont l'épanchement est limité par un caillot fibrineux qui adhère aux parois du vaisseau.

Il a été impossible de constater si les veines enflammées s'ouvraient par un orifice béant dans l'intérieur de l'articulation.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

NEUVIÈME ANNÉE. (1834).

BULLETIN N^o 3^e.

RÉDIGÉ PAR M. CHASSAIGNAC, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

Extrait des procès-verbaux (Mois de Mai).

Fractures multiples de la partie supérieure du fémur. — Fracture complète du grand trochanter. — Tumeur athéromateuse du cuir chevelu avec dilatation de l'orifice du follicule qui la renferme. — Abscès enkysté du cerveau communiquant avec les ventricles par rupture du kyste. — Hernie de l'estomac et de l'épiploon à travers l'anneau ombilical. — Hernie crurale avec deux étranglements et deux sacs, l'un intra-abdominal, l'autre sous-cutané. — Contractions intestinales par suite d'hémorrhagie. — Rétrécissement du rectum avec induration chronique de ses parois. — Réduction spontanée de deux hernies inguinales par le développement d'un sarcocele. — Acéphalocystes développées dans le rein chez un sujet tuberculeux. — Dissection d'un moignon d'amputation dans l'article radio-cubital. — Anus contre-nature double ouvert dans la cavité utérine; persistance de matières anciennes dans une anse intestinale comprise entre les deux anses anormales. — Chute d'une hauteur considérable sans autre accident qu'une ecchymose de la surface interne des deux membres pelviens et de la région génitale externe.

Présidence de M. Cruveilhier.

M. Denonvilliers présente un cas de fracture du fémur recueilli chez un vieillard de 70 ans, qui fut renversé par un cabriolet et qui

mourut huit jours après dans un état adynamique. Cette fracture est multiple; elle divise le fémur en quatre parties, une formée par le grand trochanter, complètement séparé; une seconde formée par le petit trochanter, une troisième formée par le corps du fémur. On n'aperçoit aucun travail de consolidation autour de ces diverses fractures. M. Denonvilliers fait remarquer que dans aucun point la capsule n'avait été déchirée.

M. Michon observe que la fracture du col siège néanmoins dans l'articulation; il y a seulement conservation de la couche fibreuse qui forme le périoste du col.

M. Fleury montre un cas de fracture à peu près semblable au précédent, et consistant comme celui-ci en une fracture multiple de l'extrémité supérieure du fémur avec fracture du grand trochanter. Mais cette pièce offre ceci de très-remarquable, que la fracture oblique du grand trochanter est incomplète, étant héante à la partie supérieure, où on voit enfin cesser toute trace de solution de continuité; en un mot elle représente l'aspect d'une division incomplète opérée à l'aide d'un cœm. La fracture présentée par M. Fleury a encore ceci de remarquable qu'elle se rapproche du parallélisme avec l'axe de l'os, en sorte qu'elle a beaucoup d'analogie avec cette forme de fractures connues sous le nom de fractures verticales ou longitudinales des os longs.

M. Reiglier présente une tumeur athéromateuse du cuir chevelu. Cette tumeur est composée d'une bouillie à moitié desséchée et friable, dont les couches les plus extérieures sont compactes et lisses, non adhérentes à la surface interne du kyste. Le noyau, formé par cette matière qui est d'un blanc sale, présentait un disque d'un demi-pouce de diamètre, dans l'étendue duquel il était à nu à la surface du cuir chevelu. L'espèce de goulot par lequel cette partie de la tumeur venait à sortir à travers la peau du crâne, présente une circonférence nette, nullement ulcérée. Aucun travail d'ulcération n'avait, pendant la vie, déterminé de perforation à la peau. Il semble que ce soit par une dilatation progressive que le goulot du kyste s'est ouvert. La surface intérieure de la poche présente le caractère d'une muqueuse.

M. Maisonneuve montre un abcès enkysté développé dans le lobe moyen de l'hémisphère gauche du cerveau. La rupture des parois

du kyste du côté des artères ventriculaires, avait permis au pus de se répandre dans les arrières par le ventricule latéral gauche. Le sujet sur lequel cette pièce a été recueillie, n'avait point offert de paralysie, et l'expira subitement. Ce fut, selon toute apparence, au moment où la rupture du kyste permit la diffusion du pus dans les cavités ventriculaires.

M. Desprez présente un cas de *hernie ombilicale* doublement remarquable en ce que, d'une part, la hernie se serait faite dans l'anneau ombilical lui-même, et que, d'une autre part, elle aurait été formée par l'estomac et par l'épiploon. Quelques doutes sont élevés par M. A. Bérard, sur l'existence de ces deux caractères, il invoque à ce sujet l'expérience générale, qui fait voir que toutes les hernies ombilicales se font jour, non à travers l'anneau, mais par une écharde placée dans son voisinage. M. Chassaignac rappelle à ce sujet que M. Cruveilhier dit avoir observé un cas de hernie formée à travers l'anneau ombilical chez une fille de quinze ans. L'examen de la pièce fait reconnaître dans le lieu qu'occupe l'anneau ombilical un orifice très étroit assez analogue dans son aspect à la dépression de l'ombilic cutané, et sur le contour duquel on voit se perdre la veine ombilicale. Quant à la question de hernie de l'estomac, M. Bérard établit qu'aucun caractère anatomique ne fait reconnaître sur la grande courbure de l'estomac le siège d'un étranglement de ce rebord. On voit très-bien, il est vrai, une ecchymose du grand épiploon dans le lieu où il borde la courbure; mais cette ecchymose ne se propage pas à l'estomac, M. Desprez invoque le témoignage de MM. Bouvier et Gendrin, qui ont vu, au moment de l'autopsie, la rougeur de la partie d'estomac pincée.

M. Tessier présente un cas de *hernie crurale étranglée* chez une femme qui a été opérée à l'Hôtel-Dieu par M. Sanson. La femme qui fait le sujet de l'observation était âgée de 50 ans. Elle présentait depuis plusieurs années une hernie crurale sur laquelle on avait, à plusieurs reprises, obtenu des réductions temporaires. A l'époque où l'opération a été pratiquée, les phénomènes d'étranglement duraient depuis 36 heures, et la tumeur présentait l'aspect suivant : au dessous du ligament de Fallope existaient deux lobes, l'un en dedans du côté de la grande lèvres, l'autre à la partie antérieure de la cuisse, mais un peu en dehors. Avant les phénomènes de l'étranglement.

ment, l'enveloppe extérieure de la tumeur formait une poche flasque dans laquelle les intestins revenaient avec facilité lorsqu'ils avaient été préalablement réduits. Après l'opération dans laquelle le débridement fut fait sur le ligament de Gimbernat, les accidents d'étranglement persistèrent, bien qu'il y eût eu des selles abondantes, et M. Sanson, soupçonnant un étranglement interne, se proposait d'inciser la paroi abdominale sur le lieu où la réduction avait été faite, quand la malade succomba. Une circonstance très remarquable de cette opération fut la sortie d'un nouveau flux de sérosité après le débridement et après la sortie de celle qui était contenue dans la poche placée au-dessous du ligament de Fallope.

L'examen de la tumeur, fait volon- à l'intérieur de l'abdomen, entre le péritoine et les parois abdominales dans le tissu cellulaire du bassin et sur la partie latérale de la vessie, une vaste cavité séreuse communiquant, d'une part, avec le péritoine, par une ouverture arrondie d'un pouce à peu près de diamètre, laissant passer des anses intestinales placées dans la poche intra-abdominale; celle-ci communiquait, d'une autre part, en avant et par dessous le ligament de Fallope, avec la poche qui contenait la partie fémorale de la hernie. On n'a point reconnu dans cette cavité les caractères bien évidents de la séreuse.

Il y avait donc une hernie double; l'une intra-abdominale communiquant avec le péritoine par un obstacle rétréci; l'autre extra-abdominale à deux loges, et communiquant avec la première par un collet qui avait été débridé. On a considéré la hernie intra-abdominale comme un ancien sac qui avait été réduit en masse et s'était logé entre la cavité péritonéale et les parois de l'abdomen, puis avait donné lui-même naissance à la seconde hernie, celle qui était extérieure au moment de l'opération.

L'état livide et sphacélé des intestins contenus dans la hernie ancienne ne permet guère de douter qu'il n'y eût un étranglement au collet péritonéal du sac herniaire; il est probable aussi qu'un second étranglement existait au niveau du second collet, c'est-à-dire au niveau du ligament de Fallope; c'est le second étranglement qui a nécessité le débridement du ligament de Gimbernat.

M. Husson présente le gros intestin et la terminaison de l'intestin grêle d'une femme de 74 ans, qui a succombé, après quatre jours d'une diarrhée abondante avec flux de sang. Toute la surface de l'intestin présente un aspect noirâtre livide qui fait croire à un état

gangréneux de ces parties, d'autant mieux que, d'après la remarque de M. Husson, l'estomac présente une couleur ardoise, et le duodénum des traces de gangrène. En examinant attentivement l'aspect du gros intestin, on remarque que sa surface interne est toute parsemée de bosselures inégales, noires et formées par une matière friable, pulpeuse et sèche, qui se détache en grattant avec le scalpel. M. Ruff considère ce produit comme une fausse membrane. Quelques membres la considèrent comme un détritus de la muqueuse intestinale par suite d'ulcérations gangréneuses ; mais on reconnaît qu'au dessous de ces plaques la muqueuse est lisse et non ulcérée. D'autres membres regardent cette matière comme un enduit simplement fécal. M. A. Bérard, rappelant que cette femme a eu une hémorrhagie intestinale, pense que cet enduit n'est autre chose que la fibrine du sang à demi concrétée.

M. Tessier présente un cas de *rétrécissement du rectum* avec altération des tuniques de cet intestin. La surface interne de ce dernier présente, jusqu'à une hauteur de huit à neuf pouces, un aspect inégal, irrégulier, analogue à l'aspect d'un ancien tumeur cicatrisé. Cet état contraste avec celui de la muqueuse qui forme, au dessus des parties altérées, un bourrelet bien tranché, au niveau duquel elle présente un léger boursoufflement ; les autres tuniques de l'intestin présentent un épaissement et une induration que quelques membres considèrent comme squirrheuse. Quelques-uns pensent que cette altération a pu exister par le seul fait d'une inflammation chronique. M. Tessier est porté à regarder l'état de la surface interne de l'intestin comme le résultat de la cicatrisation d'ulcérations anciennes, qu'il présume être de nature syphilitique.

M. Marotte fait remarquer que, dans les cas de propagation de la syphilis par le rectum, les désordres siègent à l'extrémité inférieure de l'intestin et s'étendent beaucoup moins haut que dans le cas actuel.

Indépendamment de l'altération des tuniques du rectum, il existait encore une *fistule recto-vaginale*, s'ouvrant à quatre lignes au dessous du museau de tanche.

M. Monod présente un cas de *cancer encéphaloïde du testicule*. Il fait connaître, au sujet de cette maladie, les particularités suivantes : un homme affecté d'une double hernie présentait depuis longtemps un gonflement du testicule gauche. A mesure que la tumeur

du testicule s'accroissait et se propageait vers l'anneau, où elle pénétra enfin par une sorte d'appendice, ou de queue, on observa une réduction spontanée, non seulement de la hernie du côté gauche, mais même de celle du côté opposé à la tumeur. M. Monod, après avoir constaté l'existence d'une petite quantité de liquide à la partie inférieure, et après avoir diagnostiqué un sarcocèle, se décida à l'opération qu'on avait déjà refusé de pratiquer. L'opération a présenté les particularités suivantes : 1° la dissection du prolongement de la tumeur qui se propageait à travers l'anneau a été très laborieuse, elle a nécessité le débridement d'un des piliers de l'anneau ; 2° l'adhésion du fond du sac herniaire avec l'extrémité de la tumeur était telle qu'on a été dans l'impossibilité d'appliquer une ligature sur le cordon entre le sac herniaire et la tumeur, en sorte qu'on a compris le cordon et une partie du sac herniaire dans une même ligature au dessous de laquelle on a divisé l'un et l'autre ; 3° on a ouvert pendant l'opération une artère d'un calibre assez considérable pour faire supposer à M. Monod que ce pouvait être l'épigastrique ; la ligature immédiate a prévenu toute hémorrhagie, et depuis l'opération, qui a eu lieu la veille, le malade est très-bien. Toutefois, d'après l'examen anatomico-pathologique de la tumeur, M. Monod croit devoir porter un pronostic défavorable. Voici ce qu'elle présente : elle est irrégulièrement piriforme, se terminant à sa partie supérieure par une pointe ou appendice, au dessus duquel on trouve 1° d'un côté quelques vestiges des éléments du cordon qui a été divisé dans une partie encore saine ; 2° d'un autre côté, une petite cavité séreuse, formée par le fond du sac herniaire. L'état intérieur de la tumeur est le suivant : au milieu d'une masse, composée en partie de substance encéphaloïde au sein de laquelle se voient quelques épanchements sanguins ; en partie de cette matière diffuse appelée colloïde, on trouve deux ou trois noyaux de substance blanche, compacte, et présentant l'aspect de la matière tuberculeuse. On n'a pu trouver dans toutes les parties de la tumeur aucun vestige de la substance du testicule.

M. Ripault présente des *acéphalocystes* développées dans un kyste appartenant au rein droit. Elles sont en nombre considérable ; quelques-unes sont très-volumineuses. Le kyste dans lequel elles étaient renfermées, formait dans la fosse iliaque droite une tumeur qu'on

avait regardée comme étant due à un kyste de l'ovaire. La malade urinait abondamment.

M. Ripault fait remarquer que chez la femme, sur laquelle ont été recueillies ces acéphalocystes, le poumon contenait des tubercules, circonstance importante aux yeux de ceux qui regardent les tubercules et les acéphalocystes comme des variétés de la même affection.

M. Reignier présente un *moignon cicatrisé* provenant d'une amputation du poignet faite depuis plusieurs années. Entre le lambeau qui recouvre les surfaces radiale et cubitale, et ces surfaces elles-mêmes on ne trouve aucun vestige de synoviale, on voit seulement un tissu cellulaire élastique non graisseux; on voit aussi les nodules formés par l'extrémité divisée des cordons nerveux. Il ne reste sur les surfaces osseuses aucun vestige des cartilages d'encroûtement, à l'exception de la surface cubitale qui en conserve quelque peu.

M. Husson présente un cas de *cancer* du fond de l'*utérus* par suite duquel les communications anormales se sont établies entre l'*utérus* et la vessie, ainsi qu'entre l'*utérus* et le canal intestinal; non-seulement il y a une large communication par destruction de la paroi antérieure du rectum, mais encore l'intestin grêle communique dans l'intérieur de la cavité utérine par deux embouchures, l'une afférente, très-largement ouverte dans le foyer, l'autre efférente consistant dans une espèce de petit mamelon arrondi présentant l'aspect de l'embouchure pharyngienne de la trompe d'Eustache, et au centre duquel on voit une petite fente. La seconde communication entre l'*utérus* et le canal intestinal a lieu à l'extrémité supérieure du rectum dans le lieu où cet intestin se continue avec l'*Siliaque*. Il y a donc dans le foyer du cancer quatre ouvertures intestinales: les deux ouvertures de l'intestin grêle et celles du gros intestin. Entre les deux ouvertures de chacun des intestins il existait une interruption complète du tube intestinal. Des matières dures, présentant l'aspect de la terre glaise à demi desséchée, existaient dans la portion du colon située au dessus de l'*Siliaque*. L'ancienneté de ces matières, leur quantité considérable, comparée à l'exiguïté de l'orifice intestinal par lequel elles auraient pu passer pour arriver dans le colon par le bout de l'intestin grêle situé au dessous de la

rupture de cet intestin, attestaient évidemment que les matières contenues dans l'S iliaque y étaient depuis l'époque à laquelle avait eu lieu l'interruption dans la continuité de l'intestin grêle.

M. A. Bérard donne quelques détails sur l'accident arrivé à une jeune fille qui avait fait une chute du quatrième étage sur le pavé au moment où elle s'appuyait sur un treillis en bois qui s'est détaché subitement. Voici l'état dans lequel était cette enfant au moment où MM. Bérard et Pigeaux l'ont examinée : les deux membres pelviens étaient ecchymosés à leur côté interne dans toute leur longueur ; la vulve présentait une déchirure qui s'étendait jusqu'à 3 ou 4 lignes de l'anus. La grande fèvre droite était le siège d'un thrombus, et le pubis offrait une contusion. Il n'existait aucune lésion intérieure, du moins appréciable par des symptômes.

D'après l'examen des parties qui ont été froissées dans cette chute : M. Bérard pense qu'elle a dû avoir lieu, les cuisses étant écartées l'une de l'autre à un degré assez considérable pour que le pubis touchât le sol en même temps que la surface interne des deux cuisses ; en un mot, dans une attitude analogue à celle que les danseurs de corde désignent, à ce qu'il croit, sous le nom de *grand écart*.

Epanchement apoplectique dans la cavité de l'arachnoïde cérébrale. — Extrait de l'observation de M. LONGET, interne à l'hospice de la Vieillesse (Hommes).

Lefebvre (tailleur), âgé de 73 ans, sujet aux étourdissemens, ressentait depuis une année de la douleur et de l'engourdissement dans les membres abdominaux, et parfois il éprouvait un peu de difficulté et d'embarras dans la prononciation ; mais aucun de ces phénomènes n'avait de suite, leur durée était fort courte.

Le 12 juillet, il se plaint d'un mal de tête violent ; il dit qu'il sent son bras s'affaiblir, les mouvemens y devenir plus difficiles, et on y constate déjà une diminution assez notable de la sensibilité. L'intelligence est intacte.

Le 13, le mal de tête persiste avec toute son intensité

de la veille ; la force est diminuée dans le membre inférieur droit, qui ne peut être soulevé qu'avec beaucoup d'efforts de la part du malade. La sensibilité ne paraît pas diminuée dans la même proportion que la contractilité dans les deux membres affectés. Du reste, pas de contraction, pas de déviation de la bouche ; la langue sort droite de la cavité buccale. Lefebvre a eu des vertiges, les facultés intellectuelles paraissent plus obtuses, la mémoire est faible et infidèle, ses idées sont troublées, ses perceptions plus lentes. Ses réponses sont justes, mais elles ne sont émises qu'avec une lenteur remarquable ; la langue paraît embarrassée. Le malade manifeste une tendance continuelle au sommeil et une indifférence complète sur son état présent.

Le 14, il y a eu un peu de délire la nuit ; la céphalalgie est un peu plus supportable, l'agitation pénible, et le pouls, de lent qu'il était la veille, a pris de la fréquence. Il y a un appareil fébrile assez développé, et quelques symptômes de fièvre adynamique apparaissent : la face est violacée, les yeux sont légèrement injectés, larmoyans, et l'ensemble de la physionomie offre une sorte de stupeur ; la soif est plus ardente ; la langue présente de la sécheresse et une rougeur assez prononcée. Le pouls est accéléré, la peau sèche, la chaleur augmentée.

Le malade a perdu complètement l'usage de son côté droit ; la sensibilité et le mouvement ont entièrement disparu ; le côté frappé de paralysie est dans une résolution parfaite.

L'embarras de la langue est plus marqué ; le malade ne profère plus que quelques paroles entrecoupées ; il paraît néanmoins saisir encore les questions qu'on lui fait ; il éprouve une difficulté infinie à y répondre. La bouche est légèrement déviée du côté opposé à celui que la paralysie a atteint.

Le 15, l'état comateux est complet ; Lefebvre ne répond plus aux questions qu'on lui adresse ; cependant il fait comprendre par des mouvemens automatiques qu'il a pu les saisir. On observe une légère contracture du côté malade. Le malade ne sent pas d'engourdissements, de picotement dans les membres paralysés, et ne témoigne pas de douleur quand on les fait mouvoir avec rudesse.

La vue est conservée. La pupille droite est un peu plus dilatée que la gauche et presque immobile ; les yeux sont fixes, dirigés en haut ; la tête est portée en arrière. La soif est vive, la langue brunâtre ; la déglutition s'opère avec difficulté.

Le 16, la stupeur a acquis son plus haut degré. La légère contraction observée la veille a disparu : aujourd'hui la résolution est complète. Le malade entend un peu et fait des efforts pour répondre ; mais bientôt il retombe dans le coma : la respiration est parfois râlante, la déglutition est impossible ; le malade laisse écouler ses urines.

Mort le 17 juillet à cinq heures du soir.

Nécropsie 15 heures après la mort. — Le crâne n'offre rien de particulier, non plus que la dure-mère dont les sinus sont gorgés de sang.

La cavité de l'arachnoïde est occupée par une production accidentelle. En exerçant une légère traction sur la dure-mère, je détruis de fines adhérences, et je parviens à renverser, avec les lambeaux de cette membrane, un vaste coagulum qui comprimait l'hémisphère gauche. Il s'étend d'avant en arrière, depuis la suture qui unit le frontal au pariétal du côté gauche, jusque dans les fosses supérieures de l'occipital. Dans le sens transverse il recouvre l'hémisphère gauche dans une étendue de 3 pouces, à partir de la faux cérébrale qui présente une concrétion osseuse. Cette tumeur sanguine aplatie, allongée, d'une

couleur en quelque sorte comparable à celle de la rate, n'a pas contracté d'adhérences intimes avec le feuillet arachnoïdien cérébral dont elle se trouve isolée par une membrane mince, lisse et polie. Les adhérences sont plus sensibles avec le feuillet séreux qui tapisse la face interne de la dure-mère qui, loin d'être chagrinée, est parfaitement lisse, d'où l'on pourrait inférer que le feuillet pariétal y est encore appliqué, et que par conséquent l'épanchement apoplectique a son siège dans la cavité de l'arachnoïde.

Quoi qu'il en soit de ce siège, le coagulum dont je parle avait déprimé l'hémisphère cérébral gauche, de manière qu'il y formait une gouttière profonde dans lequel il se logeait; que les circonvolutions de ce côté se trouvaient affaissées, et de beaucoup au dessous du niveau de celles du côté opposé. Il adhère, *surtout par sa circonférence* qui va en s'amincissant d'une manière graduelle, au feuillet pariétal de l'arachnoïde. Ce corps résistant est formé par du sang en partie solidé et fibrineux, en partie liquide et noir.

L'espèce de gouttière imprimée sur l'hémisphère gauche et sur laquelle s'appuyait le coagulum, offrait une couleur de rouille. La pie-mère et l'arachnoïde cérébrale de ce côté étaient teintes et imprégnées de sang; mais, dans aucun endroit, on ne pouvait constater la rupture de vaisseaux sanguins. La pie-mère, fortement injectée, se laissait détacher facilement de la substance cérébrale.

Le reste de la masse encéphalique est à peu près sain; il est ferme et consistant; seulement, les deux hémisphères (et surtout l'hémisphère gauche), coupés par tranches présentent une injection assez forte des deux substances, mais point de *foyers hémorragiques*. Les ventricules ne contiennent pas une goutte de sérosité.

Poitrine. — Les poumons sont adhérents à la plèvre costale, mais ils n'offrent aucune espèce d'altération.

Le cœur est peut-être un peu volumineux.

Abdomen. — La membrane interne de l'estomac est jugée exempte d'altération. On observe une phlogose légère vers la fin de l'intestin grêle. Le tissu de la rate se laisse déchirer avec une facilité remarquable.

Le foie, les reins, la vessie, paraissent être à l'état physiologique.

Rapport sur l'observation précédente ;

Par M. BAILLARGET, premier interne en médecine à la Maison royale de Charenton.

Chargé de faire un rapport sur l'observation qui précède, nous nous sommes acquitté de cette tâche avec d'autant plus de plaisir, que plusieurs faits, que nous avons nous-même recueillis chez des aliénés paralytiques, avaient, depuis longtemps, déjà fixé notre attention sur cette espèce d'hémorrhagie méningée. Après avoir lu la plupart des observations analogues publiées par les auteurs, nous ne craignons point d'avancer que celle de M. Longet est une des plus intéressantes sous le rapport du diagnostic et de l'anatomie pathologique. On a cru que le malade avait succombé à un ramollissement du cerveau ; et si on considère que les signes précurseurs, les symptômes, la marche et la terminaison de la maladie ont été les mêmes que dans cette dernière affection, on verra que l'erreur était, pour ainsi dire, inévitable. M. Longet vous a, à cette occasion, rappelé l'opinion de M. Rostan, qui, en parlant des hémorrhagies de l'arachnoïde, dit : « Que rien ne ressemble plus au ramollissement du cerveau que cette maladie ». Cependant, ce serait, à notre avis, se tromper gra-

vement que de croire qu'il en est ainsi dans tous les cas. Des trois observations que M. Rostan lui-même a rapportées, il en est au moins une où les symptômes ne peuvent, en aucune manière, être pris pour ceux d'un ramollissement. Dans d'autres faits publiés par Abercrombie et M. Calmeil, on n'a point observé de paralysie, et l'idée d'un ramollissement n'a pu, par conséquent, se présenter. D'ailleurs, toutes les fois que l'hémorrhagie de l'arachnoïde, qu'elle ait ou non simulé le ramollissement, ne se termine point par la mort; que les symptômes, au lieu d'aller en s'aggravant, diminuent d'intensité; que le malade se rétablit plus ou moins promptement, on ne pourra point encore confondre ces deux affections. Or, les kystes hémorrhagiques, plus ou moins anciens, que MM. Ribes, Abercrombie, Houssard, Calmeil, Blandin, Favre, etc., ont trouvés dans la cavité de l'arachnoïde, prouvent que ces malades ne succombent souvent qu'après un ou plusieurs mois, ou même plusieurs années. Il est important de remarquer que si l'hémorrhagie a, dans ces divers cas, simulé le ramollissement, on pourrait croire avoir guéri cette dernière maladie. On conçoit très bien, par exemple, qu'il aurait pu en être ainsi, si le vieillard, dont M. Longget vous a rapporté l'observation, n'avait point succombé. Cependant, la diminution rapide de la paralysie dans le cas d'hémorrhagie, ou même sa disparition complète dans un temps assez court, nous semble, dans tous les cas, devoir empêcher qu'on adopte cette idée. J'ai dit, plus haut, que le malade se rétablissait promptement : je n'entends point par là qu'il revient à son état antérieur. En effet, en lisant les observations des auteurs que j'ai cités, on voit que, le plus souvent, tantôt il est resté de l'embarras dans la langue, une faiblesse générale des membres, quelquefois prédominant à droite ou à gauche, ou bien le délire a

éclaté, etc. Il est une autre opinion, relative au diagnostic des hémorrhagies de l'arachnoïde, que nous devons rappeler. « L'exhalation de sang, dit M. Rochoux, toutes les fois qu'elle a lieu à l'extérieur du cerveau, suit une marche assez analogue à celle de l'épanchement séreux des ventricules, à cela près de la fièvre, dont l'absence peut seule la faire distinguer de cette affection, et qu'elle simule l'apoplexie quand elle a son siège dans les ventricules, parce qu'il y a, alors, hémiplegie si l'épanchement s'est fait d'un seul côté ». Cette assertion, comme celle de M. Rostan, doit encore être limitée à un petit nombre de cas. Il y a eu hémiplegie chez le malade dont M. Longet vous a lu l'observation : on retrouve encore ce symptôme dans les faits de Morgagni, de MM. Rostan, Houssard, etc. Il ne saurait donc servir de caractère pour distinguer l'hémorrhagie qui a lieu à la surface d'un hémisphère, de celle qui se fait dans les ventricules ; mais il empêchera, dans tous les cas, de confondre ces maladies avec l'hydrocéphale aiguë. Quant à la fièvre, si elle était, comme le dit M. Rochoux, le seul caractère propre à distinguer cette dernière affection de l'hémorrhagie de l'arachnoïde, il faudrait y attacher peu d'importance, puisqu'il peut exister dans les deux cas. Cependant, il faut remarquer que, dans l'un, la fièvre précède l'état comateux, et que, dans l'autre, elle ne survient, le plus souvent, qu'après un ou deux jours. Il faudrait aussi, alors, tenir compte de l'âge des malades en général, si différent dans ces deux affections.

Quelquefois, l'exhalation de sang à la surface du cerveau a simulé l'épanchement dans la substance même de l'organe, et c'est ce qu'on peut voir, surtout, dans une des observations de Morgagni. Ailleurs, on aurait pu la confondre avec une forte congestion, si elle ne s'en distin-

guait ordinairement par la durée plus considérable des symptômes de compression, par la lenteur avec laquelle ils se dissipent. J'ajouterai que, chez les aliénés paralytiques, il se fait assez souvent de légers épanchements de sang dans la cavité de l'arachnoïde. On ne peut point, alors, les distinguer des simples congestions qui, chez ces malades, durent souvent pendant plusieurs jours. On pourrait aussi les confondre avec de simples recrudescentes de la maladie, qui s'observent assez fréquemment. On sait, d'ailleurs, qu'une congestion qui se fait sur un seul hémisphère peut produire l'hémiplégie incomplète du côté opposé : on la voit, alors, se dissiper presque immédiatement après la saignée. C'est ce que nous avons eu occasion d'observer deux fois déjà chez la même malade, à des époques assez éloignées.

De toute cette discussion relative au diagnostic, nous pourrions, je crois, conclure qu'on a eu tort d'admettre, d'après un trop petit nombre de faits, que l'hémorrhagie de l'arachnoïde ressemblait toujours soit au ramollissement du cerveau, soit à l'hydrocéphale aiguë; qu'elle peut, en outre, simuler l'hémorrhagie cérébrale, une congestion très forte, ou bien une congestion légère, etc. Ce résultat n'aura rien d'étonnant si on considère que les symptômes doivent nécessairement varier selon 1° que le sang est exhalé sur un seul ou sur les deux hémisphères; 2° que la quantité de sang est plus ou moins considérable; 3° que l'exhalation se fait plus ou moins rapidement; 4° selon qu'elle continue jusqu'à la mort ou bien qu'elle s'arrête plusieurs jours auparavant, ou même encore, selon qu'elle cesse et recommence à plusieurs reprises, comme quelques observations pourraient faire croire que cela a quelquefois eu lieu. Je crois, du reste, qu'il n'est pas impossible

de reconnaître, dans certains cas, la maladie à sa marche ; mais, il me faudrait, à l'appui de cette assertion, citer plusieurs observations, comparer les symptômes à ceux du ramollissement de l'hémorrhagie cérébrale, de l'hydrocéphale, de la congestion, etc., et montrer en quoi ils en diffèrent : ce qui m'entraînerait à beaucoup trop de développements.

La poche remplie de sang, qu'on a trouvée à la face interne de la dure-mère, avait cinq pouces de long sur trois pouces de large : elle recouvrait, par conséquent, une grande partie de l'hémisphère gauche. La membrane qui limitait ainsi l'épanchement était mince et transparente comme l'arachnoïde ; à la circonférence, elle se continuait avec la face interne de la dure-mère, et elle disparaissait ainsi graduellement sur celle-ci, sans qu'on observât de ligne de démarcation tranchée. Du reste, on ne voyait de sang ni à la surface du cerveau, ni à sa base : quelle est, après cet examen, la première idée qui a dû se présenter sur le siège de l'hémorrhagie ? Quant à nous, il nous semble qu'on a d'abord dû penser qu'elle était située entre la dure-mère et l'arachnoïde. Supposez, en effet, qu'un tel épanchement ait lieu, en quoi différera-t-il de celui qu'a observé M. Longet ? Dans les deux cas, vous ne trouverez de sang que dans la poche qui existe à la face interne de la dure-mère, et la membrane qui la formera aura, dans les deux cas, la même apparence. Ce qui contribuera surtout à faire adopter cette opinion, que l'épanchement a lieu entre la dure-mère et l'arachnoïde, c'est sa circonscription exacte qui doit, alors, nécessairement exister, et qui semble, au contraire, si difficile à concevoir si le sang a été exhalé dans la cavité de la membrane séreuse. Aussi dans la discussion qui s'est élevée au milieu de la Société

sur le siège de l'hémorrhagie que présentait M. Longet, est-ce la principale objection qu'on a faite. Nous avons dit, alors, comment l'examen attentif de plusieurs faits analogues nous avait conduit à expliquer d'une manière simple cette apparente similitude des hémorrhagies qui pourraient avoir lieu entre la dure-mère et l'arachnoïde, et celles qui se font dans la cavité de cette membrane. Nous avons pu constater quatre fois : 1° qu'il se formait à la face inférieure de l'épanchement un feuillet membraneux mince et transparent, et un autre semblable à la face supérieure ; 2° que ces deux feuillets, à la circonférence de l'épanchement, se réunissaient en un seul, qui s'étendait souvent fort loin ; 3°, enfin, que le feuillet supérieur contractait constamment des adhérences avec l'arachnoïde pariétale. Si tout cela avait eu lieu pour l'épanchement soumis à votre examen, la membrane transparente qui le limitait ne devait être autre que le feuillet formé à la face inférieure, et on devait trouver le supérieur en détruisant les adhérences : c'est, en effet, ce que vous avez bientôt constaté. M. Blandin, en parlant des hémorrhagies qui se font entre la dure-mère et son feuillet séreux, dit qu'elles sont toujours très bien circonscrites. Vous conclurez avec nous, de l'observation de M. Longet, qu'on aurait tort de s'appuyer sur ce caractère pour déterminer le siège de l'épanchement dans les cas douteux, puisqu'il se rencontre aussi dans les hémorrhagies de l'arachnoïde. J'ajouterai même que ce n'est que dans le plus petit nombre des cas, et seulement quand l'épanchement est très considérable et se fait très rapidement, que le sang pénètre à la base : encore peut-on supposer qu'il y a été exhalé. Il faut remarquer que le malade a succombé six jours après l'invasion des premiers symptômes, que

les fausses membranes ne peuvent se former et les adhérences s'établir que quand l'exhalation a cessé, et que, par conséquent, tout ce travail était encore bien récent : cependant, il y a eu matière à discussion. Que serait-il donc arrivé si le malade n'avait succombé qu'après plusieurs mois, ou même plusieurs années? Alors, au lieu d'une simple fausse membrane, vous eussiez trouvé un kyste plus ou moins épais, dont la face inférieure, lisse et polie, en contact depuis longtemps avec la sérosité et l'arachnoïde cérébrale, vous eût paru tapissée par une membrane séreuse. Peut-être même, avec du soin, parviendrait-on à soulever le premier feuillet formé à la face inférieure de l'épanchement, et on pourrait, alors, le prendre pour l'arachnoïde. Mais, je suppose qu'on détruise les adhérences qui unissent le kyste à la face interne de la dure-mère, croit-on que l'examen de la surface, ainsi mise à nu, pourra détruire l'erreur? Je vais répondre par une citation de M. Ribes. « Un de mes confrères, dit-il, en parlant du kyste hémorrhagique qu'il a trouvé à la face supérieure du cerveau, pensait que le sang s'était d'abord épanché entre la dure-mère et l'arachnoïde, et il fondait son opinion sur ce qu'il croyait que l'arachnoïde n'existait plus sur la portion de la dure mère, qui correspondait au kyste. Il est évident, en effet, que, sur ce point, l'arachnoïde aura tout-à-fait perdu l'aspect lisse et poli qui lui est propre, et qu'on pourra penser qu'elle n'existe plus. Je dois dire que le médecin dont parle M. Ribes était M. Breschet : M. Magendie ou M. Rochoux assistaient seuls à l'examen de la pièce. Pour prouver combien il est quelquefois difficile de prononcer, j'ajouterai un autre fait, qui aura d'autant plus de poids qu'il s'est passé au milieu même de cette Société.

En 1830, M. Fabre présenta un kyste qui contenait cinq onces de sang, et qui avait été trouvé, chez un aliéné, à la face interne de la dure-mère : une discussion eut également lieu sur le siège de l'épanchement, qui était très ancien. MM. Manec et Michon combattirent l'opinion de M. Fabre, qui pensait que l'hémorrhagie s'était faite dans la cavité de l'arachnoïde, et soutinrent, au contraire, que le kyste était situé entre les lames de la dure-mère.

Ne pouvant rapporter ici les observations de MM. Rostan, Serres, Howship, Blandin, nous ne vous dirons point de conclure, de ce qui précède, qu'il ne se fait jamais d'hémorrhagie considérable, et dans un temps très court, entre la dure-mère et l'arachnoïde, et que les auteurs que je viens de citer se sont trompés ; mais nous remarquerons que la formation constante à la surface de l'épanchement d'un double feuillet membraneux qui a tout-à-fait l'aspect de l'arachnoïde, et les adhérences que contracte toujours le feuillet supérieur avec la force interne de la dure-mère, peut devenir une cause d'erreur difficile à éviter, surtout quand les hémorrhagies sont anciennes. Cette disposition n'ayant été signalée par aucun des auteurs, on peut, en effet, penser qu'ils se sont mépris sur le siège de l'épanchement, surtout si on considère : 1° que les petits vaisseaux, qui rampent dans le tissu cellulaire très serré qui unit l'arachnoïde à la dure-mère, ne sauraient donner lieu à des épanchements aussi abondants ; 2° qu'il faudrait supposer que le sang est poussé dans ces petits vaisseaux avec une force bien considérable pour détruire rapidement, et dans une aussi grande étendue, une adhérence aussi intense, malgré la résistance qu'oppose, en-dessous, la masse du cerveau ; 3°, enfin, que, s'il en était ainsi, on concevrait beaucoup plus facilement la rupture du feuillet

sérieux que son décollement. Il est vrai que M. Mènières a supposé que l'hémorrhagie était précédée d'un engorgement du tissu cellulaire très serré qui unit l'arachnoïde à la dure-mère, engorgement qui rendrait le décollement plus facile : mais ce n'est là qu'une hypothèse dont on peut ne point tenir compte jusqu'à ce qu'on ait cité des faits à l'appui. Nous croyons donc qu'il faut, maintenant, attendre de nouvelles observations pour admettre que des hémorrhagies considérables peuvent se faire dans un temps très court entre la dure-mère et l'arachnoïde. M. Longet a examiné avec beaucoup de soin la surface du cerveau sans trouver de rupture; nous croyons donc avec lui, malgré l'assertion contraire de M. Serres, que le sang a été exhalé. Nous dirons même que nous ne concevons pas qu'un vaisseau de la pie-mère se rompe (et il n'y a que ceux-là qui peuvent donner lieu à l'épanchement) sans qu'il y ait plus ou moins de sang infiltré dans cette membrane. Nous admettrons donc, comme des exemples d'hémorrhagies par exhalation, toutes celles où l'on n'a point indiqué de rupture, et où cette circonstance n'existe pas. Alors, nous en trouverons des observations assez nombreuses dans les auteurs, et notamment dans Bang, Lieutaud, Wepfer, Morgagni, Neuman, Chiarugi, MM. Abercrombie, Bayle (1), Calmeil, Rochoux, Rostan, etc. — Si

(1) Il est facile de voir que M. Bayle, dans son ouvrage sur la méningite chronique, a pris pour de fausses membranes, résultat d'une inflammation, des épanchements de sang plus ou moins anciens. Les nombreuses autopsies d'aliénés paralytiques que nous avons déjà eu occasion de faire depuis 3 ans à la maison royale de Charenton, nous ont conduit à penser que telle était certainement l'origine de presque toutes les fausses membranes qu'on trouve chez ces malades dans la cavité de l'arachnoïde. S'il en est ainsi, le principal caractère sur lequel on pourrait s'appuyer pour prouver l'inflammation chronique se trouverait manquer. Les autres, en effet, tels que l'infiltration de la pie-mère, l'épanchement de sérosité limpide dans la cavi-

on considère que des hémorrhagies de l'arachnoïde, plus ou moins considérables, se rencontrent dans un huitième des cas environ, dans la paralysie générale des aliénés, maladie très commune, je crois qu'on pourra admettre, malgré l'assertion contraire des auteurs, que l'arachnoïde est, de toutes les membranes séreuses, celle où l'exhalation sanguine est la plus fréquente. L'hémorrhagie, chez le malade dont M. Longet vous a lu l'observation, ne s'est faite que sur un hémisphère : dans des cas semblables, Morgagni et M. Abercrombie ont remarqué que les vaisseaux de la pie-mère, du côté où l'exhalation avait eu lieu, étaient gorgés de sang, tandis qu'ils étaient vides du côté opposé.

séreuse, quelques taches opaques sur l'arachnoïde, sont loin, comme on sait, de prouver une phlegmasie, surtout quand le cerveau est altéré, et M. Bayle n'ignore point que le plus souvent il y a, en même temps, un ramollissement superficiel, mais souvent très étendu, de la substance grise extérieure, dont une couche très mince s'enlève avec les membranes.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

NEUVIÈME ANNÉE. (1834).

BULLETIN N^o 4.

RÉDIGÉ PAR M. CHASSAIGNAC, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

Extrait des procès-verbaux (Mois de Juin).

Collections purulentes dans l'articulation du coude-pied et dans le rein.—Hypertrophie du cerveau chez un individu qui a présenté des symptômes épileptiformes.—Migration d'un polype des fosses nasales vers le grand angle de l'œil et le trou sphéno-palatin.—Consolidation d'une fracture du fémur par plaie d'arme à feu.—Ankylose de l'articulation du genou par cause multiple.—Luxation incomplète de l'astragale chez un sujet qui avait une atrophie congénitale de la cuisse. Articulation accidentelle entre le calcaneum et le péroné.—Fracture du col du fémur non consolidée après huit mois ; destruction de la presque totalité du col ; rudiment de fausse articulation entre les fragments.—Destruction partielle de la voûte palatine.—Apoplexie pulmonaire suivie de mort immédiate.—Etat du cœur dans les hémorrhagies.—Matière blanchâtre dans les veines d'un col utérin cancéreux.—Bruit de frottement dans la péritonite.—Invagination du cæcum et du colon droit dans le colon transverse. Anciens sacs herniaires traversés par une bride épiploïque, et simulant des hydrocèles enkystés du cordon.—Scirrhus du foie.—Fœtus anacéphale avec bec-de-lièvre double.

M. Ruz présente un *épanchement purulent* contenu dans l'*articulation tibio-tarsienne* d'un homme qui a succombé après avoir offert quelques symptômes de résorption purulente. M. Ruz a trouvé dans le rein du même sujet des abcès analogues à ceux qu'on appelle métastatiques. On y voit encore des plaques d'une matière caseuse, mais qui sembleraient provenir d'un travail déjà ancien. Toutefois en divisant la substance, on trouve un petit abcès du volume d'une noisette, parfaitement circonscrit, renfermant un pus homogène.

M. Caseaux présente le *cerveau* d'un individu qui fut amené à l'Hôtel-Dieu pour une *colique de plomb*, et qui présenta pendant son séjour à cet hôpital des symptômes *épileptiformes*. Lorsqu'on eut, à l'autopsie pratiquée au crâne une ouverture avec le trépan, le cerveau vint combler cette ouverture comme s'il eût été dans un état de compression. Au simple aspect, son volume paraît plus considérable que dans l'état normal; les circonvolutions sont aplaties. D'un autre côté, les ventricules ne contiennent point de sérosité, bien que leur capacité paraisse un peu plus considérable que dans l'état normal.

M. Lenoir présente un *polype* de nature *sarcomateuse* et médullaire qui, développé d'abord à la partie postérieure du méat moyen des fosses nasales, avait pénétré, par suite de la destruction de l'os planum, dans l'orbite, s'était propagé, en déterminant l'atrophie du globe de l'œil, jusqu'au grand angle de l'orbite où il avait déterminé la perforation ulcéreuse de la peau. — M. Cruveilhier, qui a observé cette femme pendant la vie, a fait connaître qu'il y avait eu des hémorrhagies très abondantes par le grand angle de l'œil. Du reste, le diagnostic n'avait pas été porté. Un petit prolongement de la tumeur se prolongeait en arrière jusque dans le trou sphéno-palatin.

M. Chassaiguac présente une ancienne *fracture du fémur* causée par une balle qui a traversé la cuisse; cette pièce a été recueillie chez un sujet qui servait aux opérations. Voici l'état de la pièce anatomique : la cuisse était raccourcie d'à peu près trois pouces; elle présentait deux anciennes cicatrices, l'une en dehors, de forme irrégulièrement linéaire; l'autre en dedans, moins élevée que la première d'à peu près quatre pouces, parfaitement arrondie et comme rayonnée. Il y avait impossibilité de fléchir le genou : le seul sens dans lequel on pouvait mouvoir la jambe sur la cuisse était l'extension qu'on pouvait augmenter au delà de l'état rectiligne du membre; celui-ci

présentait, même en l'absence de toute tentative de mouvements, et par le seul fait de sa disposition acquise, une flexion à la partie antérieure, la cuisse et la jambe formant un angle rentrant en avant. La fracture, enveloppée de tous côtés par un tissu fibro-cartilagineux extrêmement dense, occupait la partie moyenne de la cuisse; plus rapproché toutefois de l'extrémité inférieure, le fragment supérieur placé au devant de l'autre le chevauchait dans l'étendue de quelques pouces; le fragment inférieur, présentant dans toute son étendue un volume beaucoup plus considérable que dans l'état normal, était un peu dévié à la partie externe du membre, et se continuait en arrière avec le supérieur par une masse osseuse bien arrondie tandis qu'en avant le fragment supérieur formait un relief très tranchant, et qu'à la partie externe on trouvait entre les deux fragments une très profonde excavation, dans laquelle étaient encore des fragments de la balle, et qui était comblée par une masse compacte de tissu fibro-cartilagineux. La portion antérieure du crural était interrompue, et le sommet du fragment supérieur donnait insertion aux fibres profondes de ce muscle. Il y avait ankylose de l'articulation du genou. Cette ankylose tenait à des causes multiples : 1° les muscles de la partie antérieure de la cuisse étant presque complètement interrompus au devant de la fracture; la longueur diminuée de ces muscles, était devenue un obstacle à ce qu'ils prêtassent autant qu'ils le peuvent quand ils sont dans leur état naturel; 2° d'une autre part, la partie de muscle étendue entre la rotule et la fracture avait contracté une rigidité telle, que la rotule était fortement appliquée contre la partie antérieure de l'articulation, comme par une corde très raide; 3° enfin, la rotule avait contracté des adhérences filamenteuses avec la partie antérieure des condyles; 4° indépendamment de ces lésions il y avait déformation des surfaces articulaires; les condyles, au lieu d'être bombés inférieurement, étaient aplatis et comme écrasés.

Le même membre présente une *luxation incomplète de l'astragale*, recueillie également chez un sujet qui a servi aux manœuvres d'opé-

raisons ; voici quelles sont les circonstances anatomiques les plus importantes de cette pièce :

L'astragale répond au tibia par la moitié postérieure de sa poulie articulaire ; toute la moitié antérieure, qui était recouverte par un tissu fibreux très résistant, offre encore quelques vestiges du cartilage d'encroûtement ; la petite coulisse, placée en arrière de la poulie astragalienne, répondait à la surface articulaire du tibia ; d'un autre côté, la tête de l'astragale, dans son articulation avec le scaphoïde, était incomplètement luxée à la partie antérieure. Cette tête était en outre surmontée en avant par une saillie de nouvelle formation qui formait avant la dissection un relief considérable à la surface dorsale du pied. Une des circonstances les plus curieuses de cette semi-luxation est le contact qui s'était établi entre le calcanéum et l'extrémité inférieure du péroné. Par suite de l'extension forcée du pied, ces deux os en étaient venus à se toucher par deux points : 1° En arrière par une petite facette articulaire de nouvelle formation, complètement isolée et placée en arrière de la dépression qui existe derrière la surface astragalienne du calcanéum. 2° En dehors, par le contact de la face externe du calcanéum qui venait répondre à la partie la plus culminante de la malléole externe. Il n'y avait point ici de surface articulaire de nouvelle formation. Le muscle pédiéux, presque complètement atrophié, était rejeté en dehors de la saillie formée par la tête de l'astragale. Le nerf jambier antérieur, au moment de son passage sur la saillie formée par l'astragale, présentait un *ganglion fusiforme* très dur.

Cette pièce anatomique ayant été recueillie chez un sujet qui présentait un raccourcissement du membre pelvien par atrophie du fémur, M. Chassaignac demande si la luxation était le résultat d'un accident, ou bien si elle ne dépendait pas plutôt des efforts incessants du malade pour rétablir par une extension forcée l'inégalité de longueur de deux membres. M. Cruveilhier se range à cette opinion ; il fait remarquer en outre que cette altération des articulations du pied se rapproche beaucoup de celle qui constitue le pied bot et de celle qu'on nomme le pied-équin.

L'interprétation de cette pièce n'a pas semblé devoir être la même à tous ceux qui l'ont examinée. M. Bérard n'y voit point une luxation de l'astragale, mais bien une luxation du pied en avant. — M. Chassaignac fait observer que ce qui l'a porté à dénommer cette lésion une luxation de l'astragale, c'est la sortie partielle de la tête de cet os hors de la cavité du scaphoïde, et que sans cette circonstance il n'aurait vu, comme M. Bérard, qu'une luxation en avant. M. Bérard croit aussi que la lésion est accidentelle et n'est pas le résultat progressif de l'action prépondérante des extenseurs du pied. Il se fonde sur ce que ces muscles sont atrophiés aussi bien que les fléchisseurs du pied, ce qui ne devrait pas avoir lieu. M. Cruveilhier répond que l'atrophie des muscles extenseurs du pied se concilie très bien avec la supposition qu'ils aient pu produire la semi-luxation; en effet, tant que la déviation n'est pas devenue permanente, les muscles agissent pour la produire, et alors ils peuvent être hypertrophiés; mais quand une fois le déplacement est rendu permanent, les muscles n'ayant plus à agir, peuvent s'atrophier consécutivement.

M. Vernois présente un cas de *fracture du col du fémur* avec destruction presque complète du col. Cet accident, qui a eu lieu chez une femme de 69 ans, date d'environ huit mois. Aucun traitement n'avait été appliqué à cette fracture, et la malade a succombé à une autre affection. Les deux surfaces qui se correspondent dans le foyer de la fracture offrent un aspect mamelonné, mais assez lisse, et semblaient préparées à former une fausse articulation.

M. Reignier présente un cas de *destruction partielle de la voûte palatine* qui est perforée d'un trou de forme ovulaire et sur le pourtour duquel la muqueuse est parfaitement cicatrisée. Cette destruction, dont l'origine est regardée comme syphilitique, rendait la parole très difficile quand la malade était privée de l'obturateur remplaçant la voûte palatine.

M. Cazeaux présente les *poumons* d'une fille de dix-huit ans qui a succombé en quelques heures à une *hémoptysie*. Les coupes faites dans la substance du poumon offrent à leur surface un aspect tigré. La substance des deux poumons était dans le même état, seulement

les épanchements sanguins étaient plus abondants et plus nombreux du côté droit que du côté gauche. Il existait chez cette fille des concrétions pierreuses assez considérables à l'origine de la bronche droite et derrière la trachée. Le ventricule gauche était vide, mais non revenu sur lui même.—M. Cruveilhier a avancé que chez les individus morts d'hémorrhagie, le ventricule gauche est constamment revenu sur lui même. Cette assertion n'est nullement contredite par le cas actuel, car M. Cruveilhier admet aussi que, quand la rigidité a cessé, le cœur peut reprendre son état ordinaire; il établit seulement qu'il n'a pas trouvé un seul individu mort d'hémorrhagie, qui, durant la rigidité cadavérique, n'eût le cœur revenu sur lui même, au point que les parois vinssent au point de contact. M. Teissier fait remarquer que chez les cholériques il y avait contraction persistante du ventricule gauche.

M. Reignier a trouvé, chez une femme atteinte de *cancer du col utérin*, une communication entre l'utérus et le vagin par *perforation cancéreuse de la cloison vésico-vaginale*. Dans l'intérieur de l'utérus existait un polype, au centre duquel M. Reignier a rencontré quelques vésicules renfermant un liquide transparent. M. Cruveilhier croit apercevoir dans quelques unes des veines du col de l'utérus des traînées de matière blanche. M. A. Bérard s'est en effet assuré qu'il existait dans l'intérieur de ces veines une matière blanchâtre ressemblant à du pus.

M. Desprez communique à la Société quelques détails sur *l'auscultation du ventre dans la péritonite*. Il pense que dans les premières périodes de la maladie et avant qu'il y ait un épanchement, on entend un bruit de cuir ou de frottement, analogue à celui qui a été indiqué comme appartenant à la péricardite.

M. Grizolles présente un cas d'*invagination* de la fin de l'intestin grêle et du cæcum dans le colon ascendant et le colon transverse. Il y avait rupture de l'intestin grêle au dessus de l'invagination. Le malade a succombé avec des symptômes du né péritonite dont on a retrouvé des traces à l'autopsie. Il y avait eu dévoiement.

M. Maisonneuve présente deux anciens *sacs herniaires* placés dans

le cordon et ayant au premier abord l'aspect de deux hydrocèles enkystés du cordon. A travers le sac le plus élevé passe un prolongement très mince de l'épiploon qui va s'implanter au fond du second sac en traversant un rétrécissement ou collet qui sépare les deux sacs l'un de l'autre. Il semble donc qu'il y ait eu un premier sac, puis réduction de l'intestin, mais persistance d'une bride épiploïque ; ensuite un second sac dont l'intestin a encore été expulsé, mais qui est traversé par la languette épiploïque qui va adhérer au fond du premier sac.

M. Cruveilhier présente un fœtus d'environ 8 mois, anencéphale et avec un bec de lièvre double.

M. Stansky présente à la Société un cas de *scirrhone* avec *dilatation de la veine porte*. — Le sujet chez lequel cette pièce a été recueillie, présentait une hydropisie. Au sujet de la coexistence très fréquente entre l'ascite et la scirrhone, M. Cruveilhier dit que la scirrhone est presque toujours consécutive ; il fait remarquer aussi que les vaisseaux sont beaucoup plus faciles à isoler du parenchyme dans les foies scirrhoneux, et qu'ils sont sous ce rapport dans les mêmes conditions que les grains glanduleux, ce qui tient à la même cause, puisque l'isolement facile des grains glanduleux, facilite l'isolement des vaisseaux.

Les diverses dispositions dont nous venons de parler ont été constatées sur un foie de zèbre, mort avec une ascite et qui avait été donné à M. Cruveilhier par M. Frédéric Cuvier.

Extrait d'une observation de calcul biliaire passé de la vésicule dans l'intestin grêle par une communication fistuleuse et déterminant des symptômes mortels d'étranglement interne ;

Par M. RENAUD, interne à l'hospice de la Vieillesse (Femmes.)

Marie, âgée de 75 ans, reçue à l'hospice de la Salpêtrière à cause de son grand âge, jouissait d'une bonne

santé, sauf une constipation habituelle. Le 11 janvier 1834, après son repas, elle fut prise de vomissements qui continuèrent la nuit et les jours suivants.

Le 14 janvier, jour de son entrée à l'infirmerie, elle présentait les symptômes suivants : Vomissements fréquents de matières d'abord alimentaires, puis bilieuses ; point de céphalalgie, peu de soif, très vives douleurs à l'épigastre et dans le flanc droit, légère tension de l'abdomen, constipation. On sentait, en palpant la région du colon, quelques tumeurs stercorales dures. (Cat., lav.)

Le 15, vomissements abondants de matières vertes sans mauvaise odeur. Face grippée, yeux abattus, langue sèche, rouge à sa pointe ; abdomen moins sensible à la pression, plutôt empâté que tendu ; peau chaude, pouls filiforme, abdominal. (Cat., pot. huile.)

Le 16, vomissements toujours bilieux, sans odeur, pas d'évacuations alvines ; douleurs abdominales aiguës ; pouls à peine sensible ; extrémités froides : on croit sentir, à travers les parois abdominales et du côté droit, un empatement et même un corps arrondi qui pouvait être l'obstacle au cours des matières fécales.

Mort le 17 janvier.

Autopsie. — L'estomac, très dilaté, descendait jusqu'au bas de l'hypogastre ; le duodénum était resté à sa place ordinaire, retenu par des adhérences avec la vésicule et le foie. Les tuniques intestinales étaient saines, mais la partie supérieure de l'intestin grêle a subi, dans l'étendue de plusieurs pieds, une dilatation considérable : la partie inférieure diminue de diamètre. A la partie supérieure de l'intestin grêle était une tumeur oblongue, très dure, de la grosseur d'un œuf de pigeon, formant obstacle au cours des matières fécales : cette tumeur était un calcul biliaire.

Des adhérences solides existaient entre la vésicule du fiel et le duodénum, et une large perte de substance, limitée par elles, faisait communiquer les deux cavités. Cette perforation ne paraissait pas très ancienne. Le gros intestin contenait des matières fécales très dures.

Rapport sur l'observation précédente ;

Par M. MAISONNEUVE.

Un très petit nombre de faits semblables existe dans la science. Le premier, inséré dans les Bulletins de la Société anatomique pour l'année 1829, est dû à M. Monod : c'est un cas d'obstruction complète du jéjunum par un calcul biliaire, chez un vieillard qui, dans les derniers jours de sa vie, avait été en proie à tous les accidents des étranglements internes. Ce calcul, de forme conique, avait un pouce 3 lignes de hauteur, et un pouce 2 lignes de diamètre à sa base, qui était tournée du côté de l'estomac ; les parois du jéjunum étaient fortement appliquées sur lui ; une grande quantité de liquide distendait la partie supérieure du tube intestinal, qui offrait quelques traces d'inflammation ; le duodénum et le colon ascendant adhéraient au fond de la vésicule biliaire : une perforation, qui permettait la facile introduction du doigt, établissait une communication entre la cavité du duodénum et celle de la vésicule.

Le deuxième, cité par M. Leigh Thomas, dans le *The medico-chirurgical Transactions*, est un cas d'obstruction du gros intestin, causée par une pierre biliaire d'un volume extraordinaire : ce calcul donna lieu à tous les symptômes d'une hernie étranglée. M. Thomas avait proposé l'opération, mais la malade s'y refusa ; on attendit ; le calcul fut évacué par les selles, et les symptômes disparurent.

Le troisième est rapporté par M. Brayne. Un de ses malades rendit par les selles un énorme calcul biliaire, sans autre symptôme que ceux d'une colique hépatique violente. Après la mort, qui eut lieu plusieurs années après, on trouva la vésicule et le duodénum solidement adhérents, et présentant les traces d'une ancienne ulcération.

Un quatrième est celui cité dans l'*Ancien Journal de Médecine*, d'une femme septuagénnaire qui, depuis trois ou quatre mois, était affectée d'une douleur fixe vers la région du cœcum. La passion iliaque se déclara, et, après plusieurs jours de durée, tous les accidents cessèrent par l'évacuation d'un calcul biliaire qui était de couleur jaune, à surface polie, et de la grosseur d'un œuf de poule.

Un cinquième est celui cité par J.-L. Petit, d'une dame qui eut une jaunisse accompagnée de coliques. Il parut une tumeur dans l'hypochondre droit, qui, d'abord peu remarquable, devint ensuite assez volumineuse. Divers médicaments furent administrés sans succès. On prescrivit des bains; après le troisième, la malade eut un vomissement accompagné de convulsions et d'une évacuation de sang fort considérable. On trouva dans les matières une pierre biliaire de deux pouces et demi de longueur sur un pouce et demi de diamètre; elle était polie par les deux bouts; ce qui fit soupçonner qu'il y en avait d'autres. La malade s'est rétablie.

Enfin, le sixième est rapporté par Puy-Royer. Il s'agit d'un homme de 56 ans, qui, depuis longtemps, éprouvait de la gêne dans l'exercice des fonctions digestives. Il fut pris tout-à-coup de douleurs abdominales et de vomissements. Les accidents continuèrent pendant

treize jours, et les matières vomies, d'abord alimentaires, devinrent successivement muqueuses et stercorales. La constipation était opiniâtre, le pouls faible et petit, les forces abattues; enfin, le malade succomba le 26^e jour de la maladie. On trouva dans l'iléon des calculs biliaires agglomérés qui en remplissaient exactement la cavité: ils formaient, par leur réunion, un cylindre continu qui se sépara en plusieurs pièces par la dessiccation. La vésicule contenait beaucoup de concrétions analogues, et l'une d'elles obstruait l'extrémité inférieure du canal cholédoque, qui présentait au dessus une dilatation extraordinaire.

Les faits que je viens de rapporter, joints à l'observation de M. Renaud, confirment pleinement l'opinion de MM. Cruveilhier et Bouillaud; savoir, que les calculs biliaires volumineux rendus par les selles sortent à travers une ulcération de la vésicule et d'un intestin accolé. Un seul fait (le 6^e) semblerait infirmer cette proposition; mais, dans ce cas, il s'agit d'une agglomération de petits calculs, et non d'un calcul volumineux: on pourrait même étendre la proposition, et dire que l'issue de ces calculs volumineux se fait, le plus souvent, à travers une ulcération du duodénum, comme le prouvent l'observation de M. Renaud, celles n° 1 et 3. De plus, tous ces détails se réunissent pour attester qu'il peut s'établir, même au sein de nos organes les plus importants, un travail d'adhésion et d'ulcération, sans que l'économie en ressente aucun trouble.

Mais, c'est surtout sous le rapport pratique que l'examen de ces faits peut nous fournir des considérations intéressantes. D'abord, nous voyons que les accidents résultant de cette espèce d'étranglement ne consistent que dans le trouble mécanique de la digestion; qu'il suffit

d'enlever l'obstacle pour les faire disparaître, et que, lorsqu'on observe la persistance de l'obstacle, la mort survient, on n'observe aucune altération organique, aucune inflammation notable, soit dans la muqueuse intestinale, soit dans le péritoine. Je ne veux pas dire, néanmoins, que cela ne puisse jamais avoir lieu. Je connais un fait dans lequel, le cœcum étant obstrué par un amas de matières stercorales, la mort a été le résultat d'une gangrène de l'intestin. Mais ce fait diffère entièrement des trois que j'ai cités, en ce que le siège de l'étranglement était dans le gros intestin, et non pas dans l'intestin grêle. Dans ce cas, en effet, l'intestin grêle tout entier se trouvant libre, il n'y avait point à la digestion d'empêchement mécanique : la nutrition pouvait avoir lieu. Aussi le malade a-t-il vécu un temps assez long, pendant lequel les parois du cœcum ont pu s'enflammer et se gangréner. Lorsqu'au contraire l'obstacle existe dans une portion élevée de l'intestin grêle, la mort arrive avant que l'inflammation ait pu se développer, et cette terminaison est d'autant plus rapide, que le siège de l'étranglement se trouve dans un endroit plus rapproché de l'estomac. Cela se conçoit facilement *a priori*, et les faits le prouvent d'une manière évidente. En effet, dans l'observation n° 6; l'obstacle existant au milieu de l'iléon, le malade a pu vivre vingt et quelques jours, tandis que, dans l'observation n° 1 et celle de M. Renaud, l'étranglement siégeant au commencement du jéjunum, les malades ont succombé très rapidement.

Ceci étant posé, voyons s'il est possible de diagnostiquer, approximativement au moins, le siège de ces étranglements. Pour cela, je vais passer rapidement en revue les principaux symptômes de cette maladie. D'abord les vo-

missemens : Lorsqu'un obstacle existe dans la partie supérieure de l'intestin, il est évident que les déjections devront être fréquentes, que jamais elles ne seront stercorales, comme le prouve l'observation de M. Renaud. Si l'obstacle, au contraire, siège à une partie plus déclive de l'intestin, les aliments ont pu subir un certain degré d'altération; les vomissemens peuvent être stercoraux, comme dans l'observation n° 6.

Il en est de même pour le ballonnement du ventre : M. Renaud a bien constaté que l'abdomen n'était aucunement distendu, qu'il avait conservé de la souplesse; et cependant, il y avait obstacle mécanique à la circulation des aliments, il y avait régurgitation. C'est qu'alors, l'étranglement était à la partie supérieure de l'intestin, que l'estomac seul et le duodénum se trouvaient dilatés; ce qui ne suffisait pas pour distendre l'abdomen. Toutes les fois, au contraire, que, dans des cas analogues, l'étranglement aura son siège dans la partie inférieure de l'intestin grêle ou dans le gros intestin, le ventre sera tendu, ballonné; les circonvolutions intestinales se dessineront à travers les parois de l'abdomen, et surviendra tout le groupe des symptômes qui accompagnent la tympanite.

Enfin, la marche des accidens généraux, la rapidité avec laquelle ils se manifesteront, l'anxiété, les sueurs froides, les lipothymies, la faiblesse et la dépressibilité du pouls, pourront, tout en donnant la mesure de la gravité de la maladie, servir aussi à faire connaître le siège de l'obstruction. En effet, l'obstacle se trouve-t-il à la partie supérieure de l'intestin grêle, les accidens se succèdent et marchent avec rapidité; la vie est en danger immédiat si l'on n'applique un prompt remède. Le malade reste-t-il, au contraire, plusieurs jours dans le même état, les vo-

misements ne surviennent-ils que longtemps après les premières coliques, les accidents généraux ne se manifestent que lentement et avec peu d'intensité : il est presque hors de doute que l'obstacle réside dans la partie inférieure de l'intestin.

Cependant, il ne faudrait pas attacher, à chacun des signes que je viens d'exposer, une importance trop grande. Isolés, ils ne donnent guère que la probabilité ; réunis, ils constituent une certitude.

Sur les observations que nous avons rapportées, quatre fois les forces de l'organisme ont pu suffire à l'expulsion de l'obstacle, et les malades se sont rétablis. Dans les trois cas qui se sont terminés par la mort, le caecum était libre dans l'intestin, qui n'avait pas eu la force de l'expulser. Cette simple exposition des faits trace au médecin la marche à suivre dans le traitement de cette maladie ; son rôle doit être d'aider l'organisme impuissant, de solliciter les contractions péristaltiques de l'intestin ; l'énergie des moyens qu'il emploiera sera subordonnée à la gravité des accidents, au siège de l'obstacle.

Cependant, il vaudrait mieux, alors, pécher par trop de hardiesse que par trop de timidité. En effet, la maladie est grave, elle menace la vie d'une manière plus ou moins instantanée ; ce n'est pas là le cas de craindre une légère irritation du tube intestinal. Je crois donc qu'il importe, dans ce cas, d'user largement des purgatifs drastiques : L'huile de croton tiglium, à la dose de trois, quatre ou cinq gouttes, la décoction de noix vomique, etc. Ces médicaments pourront être introduits soit par l'estomac, soit par les intestins, soit, enfin, par la méthode endermique, selon les circonstances : quelquefois même, il sera utile de combiner ces méthodes.

Cette médication, quelque énergique qu'elle soit, ne produira pas de grands accidents; l'intestin, comme je l'ai déjà fait remarquer, n'offre presque aucune trace d'inflammation; et si les purgatifs devaient en produire, elle s'apaiserait facilement, comme toutes les inflammations déterminées par des causes externes.

Observation de tumeur encéphaloïde développée dans l'arachnoïde rachidienne, et déterminant la compression de la moelle épinière;

Par M. HARDY, interne à l'hôpital Saint-Louis.

De toutes les causes de compression de la moelle épinière, une des plus rares est certainement l'existence de tumeurs dans ses membranes d'enveloppe. La plupart des observations de ce genre, qui ont été consignées dans les auteurs et dans les recueils périodiques, se rapportent à des tumeurs de la dure-mère rachidienne. Une seule, recueillie par le docteur Collin, et publiée dans le N° d'avril 1824 de la *Revue médicale*, fait mention d'une tumeur cérébriforme développée dans l'intérieur de l'arachnoïde, et qui comprimait la moelle à la région dorsale. Cette altération est à peu près semblable à celle que j'ai rencontrée, et qui, par sa rareté, m'a paru digne de fixer l'attention.

La femme Secouard, âgée de 55 ans, commença, en août 1831, à éprouver dans les extrémités inférieures un affaiblissement accompagné de douleurs très vives, et des contractures musculaires revenant de temps à autre. Cette faiblesse, augmentant toujours, fut portée, au bout de quelques mois, au point de ne plus permettre à la malade de se soutenir sur ses jambes, qui ne pouvaient exécuter

aucun mouvement volontaire, quoiqu'elles n'eussent rien perdu de leur sensibilité. Vers le mois de janvier 1832, on lui appliqua des moxas à la région dorsale, sur les côtés de la colonne vertébrale; elle put alors s'appuyer un peu sur ses jambes, et alla même jusqu'à faire quelques pas, soutenue par deux béquilles; mais cette amélioration ne fut pas de longue durée; au bout de deux mois, la paralysie revint, et avec elle reparurent des douleurs vives, des élancements dans le *bas-ventre* et les extrémités abdominales. On essaya plusieurs genres de traitement dont la malade ne put rendre compte; elle parla seulement de l'acupuncture, qui avait été essayée sur une cuisse, et qui, comme le reste, était demeurée sans succès.

Le 11 octobre 1833, la femme Secouard entra à l'hôpital Saint-Louis. Les membres inférieurs atrophiés avaient perdu tout mouvement; il existait un peu de contracture à l'articulation du genou de chaque côté: ces membres conservaient toute leur sensibilité, et étaient le siège de picotements et de douleurs qui s'étendaient jusque dans le *bas-ventre*. Les selles étaient involontaires, les urines coulaient continuellement par regorgement: ces deux derniers symptômes existaient depuis quelques jours seulement. Il n'y avait, à la colonne vertébrale, aucune déformation, et la malade n'accusait de douleur dans aucun point de son étendue.

L'état général était assez satisfaisant; il n'y avait rien d'appréciable du côté de la circulation ni de la respiration.

Tous ces symptômes persistèrent pendant le temps que cette femme fut soumise à notre observation. Peu à peu, les douleurs augmentèrent d'intensité et empêchèrent tout sommeil; la malade les comparait à des piqures d'épingles

continuelles. La contracture des membres fut poussée au point de ne pas permettre la moindre extension de la jambe ; les talons touchaient presque les cuisses ; la malade n'urinaut que par regorgement : on était obligé de la sonder deux fois par jour. Aucun nouveau symptôme ne survint avant la mort, qui eut lieu le 26 octobre 1833 : seulement, les derniers jours, la sensibilité paraissait un peu émoussée dans les membres paralysés. Pendant sa maladie, la femme Secouard avait constamment joui de toutes ses facultés intellectuelles.

A l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes le système veineux extérieur, au cerveau et à la moelle, très gonflé et rempli de sang. Cet état était surtout remarquable à la partie inférieure de la moelle épinière. Le cerveau et le cervelet étaient sains ; il existait, toutefois, dans les ventricules un peu plus de sérosité qu'à l'ordinaire.

Au niveau de la deuxième vertèbre dorsale, on trouve, à la partie gauche, et postérieure de la moelle, une tumeur longue de deux poudes, large de six lignes, de forme à peu près olivaire, couchée dans le sens de sa longueur dans le canal rachidien, entre les feuillets de l'arachnoïde. Son extrémité supérieure était placée dans l'écartement des racines antérieures et postérieures de la seconde paire dorsale ; la racine postérieure paraissait plus longue et plus mince, comme si elle avait été tirillée. La tumeur était maintenue dans sa position par quelques petits filaments adhérents au feuillet médullaire de la séreuse : elle ne tenait nullement à sa portion pariétale. A l'extérieur, elle était assez ferme, présentait des inégalités, était d'une couleur blanchâtre, et sillonnée par quelques vaisseaux

sanguins. En l'incisant, nous vîmes qu'elle était composée d'une enveloppe fibreuse contenant une matière molle, blanchâtre, grumelée en quelques endroits, et se rapprochant du tissu encéphaloïde. La portion de la moelle qui correspondait à la tumeur était diminuée par suite de la compression ; son volume était réduit d'un tiers environ. Elle paraissait en cet endroit et au dessous avoir une consistance un peu moindre qu'à l'ordinaire.

Les autres organes ne présentaient rien de remarquable.

Cette observation est à peu près semblable à celle publiée par le docteur Collin. Toutefois comme il n'indique pas de quelle manière la tumeur était maintenue dans sa position, et qu'il se contente de dire qu'elle était développée entre les feuillets de l'arachnoïde, M. Ollivier, d'Angers, qui rapporte ce fait dans son *Traité des maladies de la moelle épinière*, est porté à croire qu'elle dépendait de la dure mère. Ici elle est évidemment développée dans la cavité de l'arachnoïde ; il ne peut y avoir de doute. Elle n'était nullement adhérente à la membrane séreuse pariétale, et tenait seulement, par quelques filaments, au feuillet interne de la séreuse, qu'on voyait parfaitement tapisser la pie-mère en cet endroit. Ainsi on ne peut dire non plus que la tumeur était développée dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien ; car dans ce cas, en haut et en bas, on aurait vu l'arachnoïde se réfléchir sur la tumeur, ce qui n'avait pas lieu. Quant aux symptômes, ils ont été à peu près les mêmes dans les deux cas ; il y avait également paralysie des mouvements et contracture ; mais chez la malade de M. Collin, il existait de plus dans les mem-

bres inférieurs une paralysie du sentiment qui n'a pas été observée chez notre malade, si ce n'est dans les dernières heures de la vie, où nous avons noté un affaiblissement léger de la sensibilité. L'absence de ce symptôme est d'autant plus remarquable, que la tumeur située en arrière de la moelle en comprimait surtout la partie postérieure qui, selon les physiologistes modernes, serait spécialement affectée à la sensibilité.

Observation d'héméralopie avec amaurose incomplète; ramollissement et atrophie des nerfs optiques;

Par M. TRUSSIER, interne à l'Hôtel-Dieu.

Monestier, maçon, âgé de 48 ans, fut reçu à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, n.° 27, le 11 Juin 1833. Depuis quelques mois il ne peut voir qu'en plein jour. La vision est possible du lever au coucher du soleil; mais elle croît ou décroît suivant l'intensité plus ou moins grande des rayons lumineux: faible à midi, elle est très-obscur le soir et le matin, et nulle pendant la nuit. Si l'on présente au malade une lumière artificielle, il la voit; mais les rayons qu'elle lance sur les corps environnants sont faiblement perçus, au point que tous les objets sont confondus pour lui. Du reste, la maladie n'a point commencé subitement: insensible dans son début, elle s'est accrue progressivement, et augmentée de jour en jour.

Il n'y a jamais eu de douleur à la tête ou aux yeux. Les pupilles dilatées habituellement, sans déformation, se resserrent, mais faiblement par l'action subite de la lumière. Les yeux sont parfaitement transparents. (Saignée; ipécacuanha; séton au col).

Le 23 juin, amélioration sensible dans l'état de la vue. Un érysipèle se déclare autour du séton, des accidents généraux surviennent, et le malade meurt le 30 juin.

Autopsie 24 heures après la mort. — Les membranes et les humeurs des yeux sont dans un état parfait d'intégrité. Dans l'orbite les nerfs optiques sont un peu atrophiés; leur consistance est à peu près naturelle, leur extrémité oculaire présente sa densité habituelle. A partir du trou optique l'atrophie est beaucoup plus considérable; leur couleur est altérée et leur consistance est presque nulle. Vers leur côté externe existe une substance bleuâtre diffuse, semblable à la substance grise des nerfs olfactifs. Le côté interne présente une série de points blanchâtres, surtout au niveau du carré; là existe encore une commissure de substance blanche. Le côté externe de chaque nerf semble n'avoir subi aucun changement de direction; au contraire, les deux côtés internes se confondent intimement, sans qu'il soit possible de dire s'il y a ou s'il n'y a pas entrecroisement. La lame de substance grise qui recouvre le chiasma est également bleuâtre et diffuse. Depuis le carré jusqu'aux tubercules quadrijumeaux, les racines des deux nerfs d'abord ramollies, cessent de présenter cette altération, mais sont considérablement atrophiées et à peine distinctes des parties environnantes.

On se demandait, il y a quelques années, si le nerf optique jouait un rôle dans la vision, et si cette fonction n'était pas complètement sous la dépendance de la cinquième paire, comme on croit l'avoir démontré pour la faculté olfactive. Dans le cas qui vient d'être rapporté, les racines, le ganglion, la première branche de la cinquième paire et le ganglion ophthalmique, ne présentaient aucune altération pathologique aucune variété anatomique, et l'on peut conclure qu'une lésion anatomique des nerfs optiques a déterminé seule la perte presque complète de la faculté visuelle.

Affection cancéreuse de la protubérance annulaire du cerveau ; par M. Carré. D. M. P.

Girard, âgé de 29 ans, d'une constitution délabrée, entre à l'hôpital pour une affection qui date déjà de six ou sept ans. A cette époque il ressentit dans l'oreille gauche des bourdonnements qui depuis ne l'ont plus quitté. Au commencement du mois de juin 1833, de légers maux de tête, qui, depuis quelque temps, revenaient par intervalle, s'exaspérèrent tout à-coup; les voies digestives s'affectèrent, et Girard entra à l'hôpital du Gros-Caillou, le 6 du même mois (juin). Il en sortit au bout de cinquante jours, soulagé, mais non guéri, et reprit son service. De temps en temps, surtout quand il était couché dans les corps de garde, il ressentait des fourmillements dans le bras et la jambe du côté droit et dans la partie gauche de la face. Le retour de ces violents maux de tête le déterminèrent à entrer au Val de Grâce le 1^{er} octobre, ayant de la céphalalgie, la bouche mauvaise. Peu-à-peu de nouveaux phénomènes survinrent, et le 14 novembre il était dans l'état suivant:

Sujet pâle, décoloré. maigre; décubitus dorsal, avec forte inclinaison à droite; intelligence non altérée; toute la partie gauche de la face présente de notables altérations de la sensibilité et du mouvement; ainsi, le front ne se ride plus, le sourcil est déprimé, les paupières ne peuvent plus se rapprocher, l'aile du nez est immobile et ne s'écarte pas de la cloison dans l'inspiration; le côté gauche des lèvres ne se contracte plus, la commissure reste immobile; quand le malade veut cracher ou souffler, la joue se laisse distendre, et les crachats ou l'air s'échappent involontairement par le côté gauche de la bouche; la mastication ne se fait

plus de ce côté. Dans toutes ces parties la sensibilité est très obtuse ; si l'on touche avec les barbes d'une plume les muqueuses oculaire, nasale, buccale et linguale, elles restent insensibles, tandis que du côté opposé le plus léger toucher détermine du malaise. Le conduit auditif, et la partie de la tête située derrière lui, ont conservé toute leur sensibilité. La vision persiste, la conjonctive, sans cesse exposée à l'air, est presque sèche ; le globe oculaire se porte dans tous les sens, excepté en dehors ; aussi existe-t-il un strabisme bien prononcé. Quand le malade inspire par la narine gauche, les substances pulvérulentes passent très facilement dans la bouche. Cependant il apprécie leur odeur, et il reconnaît tout d'abord du tabac que l'on place sous sa narine en fermant l'autre. Il dit pourtant sentir moins bien de ce côté que du côté opposé. La perception des saveurs persiste, mais affaiblie : il reconnaît des substances placées sur le côté gauche de la langue : mais la sensation est plus forte du côté droit que du côté gauche. La langue jouit de tous ses mouvements, ne se dévie en aucun sens. L'audition est affaiblie, le malade ressent des bourdonnements, et il faut crier pour se faire entendre de lui quand l'autre oreille est bouchée. Les élévateurs de la mâchoire se contractent à droite et à gauche, comme on s'en assure en mettant la main sur les masséters, mais moins fortement à gauche qu'à droite. Dans l'abaissement, le menton se porte du côté gauche, parce que les muscles ne maintiennent plus aussi bien de ce côté le condyle de cet os en rapport avec la cavité glénoïde. La parole est embarrassée, le malade bredouille, et souvent la voix tremble.

Le côté gauche du corps n'offre rien d'anormal ; mais du côté droit l'épaule est tombante, le membre supérieur est

paralysé : le membre abdominal a conservé une partie de sa mobilité ; la sensibilité y est presque éteinte, et dans le même rapport au reste que le mouvement, c'est-à-dire, que le membre inférieur a conservé plus de sensibilité que le supérieur. Quand on met le malade sur son séant, tout le côté droit s'affaisse, et la chute aurait lieu en ce sens si l'on ne soutenait le tronc.

L'appétit persiste, mais peu marqué ; le malade dit n'avaler que du côté droit ; encore de temps en temps les aliments sont rendus par une sorte de régurgitation. Il y a une constipation opiniâtre qui ne cède qu'aux laxatifs.

La respiration est faible, gênée. Les puissances motrices qui l'exécutent sont affaiblies ; l'expectoration est difficile, les crachats sont muqueux, épais, verdâtres ; il y a du râle muqueux. Le pouls est lent et faible.

On a eu recours à de faibles applications de sangsues, au régime, aux révulsifs. Un moxa a été appliqué derrière l'oreille gauche ; un séton existe à la nuque. Bientôt l'on ne songe plus qu'à prolonger l'existence du malade et à la rendre moins pénible.

Depuis cette époque, les phénomènes que nous venons d'indiquer se sont prononcés de plus en plus. Jusqu'à la fin pourtant, les sens ont conservé leur action, les muscles de la partie antérieure du cou leur contractilité, la langue tous ses mouvements. A plusieurs reprises, la rougeur de la langue, l'abondance des vomissements, forcèrent de diminuer les aliments que le malade n'a jamais cessé de réclamer. L'œil se porta de plus en plus vers le nez ; *la parole devint presque inintelligible* ; les élévateurs du côté gauche de la mâchoire cessèrent de se contracter ; les mucosités accumulées sans cesse dans les bronches gênèrent la respiration et provoquèrent de fréquents efforts de toux qui avortaient en quelque sorte, et n'amenaient qu'avec

peine des crachats épais; toutes les fois que le malade parlait, sa tête était prise de tremblement.

Le 3 janvier, comme il mangeait de la bouillie, qu'il vomissait presque à mesure qu'il l'ingérait, il fut pris tout-à-coup de suffocation. On alla chercher le chirurgien de garde; mais quelques minutes après, le malade était mort.

Autopsie 19 heures après la mort.— Grande maigreur, raideur cadavérique assez forte. En incisant les parties molles derrière la tête et le cou, il s'écoule une grande quantité de sang noir. La moelle épinière est plus consistante qu'à l'ordinaire; du reste, sa substance n'est pas autrement altérée. Le cerveau présente aussi plus de consistance, et de plus une injection sablée très-manifeste. Sur la partie supérieure et postérieure des hémisphères, les circonvolutions sont en partie effacées; les ventricules latéraux sont distendus par cinq à six onces de sérosité citrine; les parois de ces ventricules ont la même consistance que le cerveau, et ne s'affaissent pas quand le liquide est évacué.

Mais c'est à la protubérance annulaire que l'on trouve l'altération la plus remarquable. Sa partie gauche, affectée dans toute son épaisseur, est considérablement augmentée de volume. La tumeur qui résulte de cet accroissement présente à la partie antérieure une surface d'un pouce et demi de haut sur un pouce de large, et se prolonge dans l'étendue de plusieurs lignes sur la moelle et les pédoncules du cerveau et du cervelet, avec la substance desquels elle se confond; tandis que postérieurement l'altération consiste en une plaque arrondie, noire, de six lignes de diamètre à peu près, sur laquelle rampe un vaisseau ramifié. Toute la tumeur offre une coloration noire ou d'un violet foncé, et est formée par du tissu fibreux, comme lardacé, criant sous le scalpel. La coloration et la dégénérescence

se continuent sans ligne de démarcation précise sur la moelle et sur les pédoncules du cerveau et du cervelet. Sur la face antérieure de la tumeur existe une plaque blanche correspondant à un noyau de substance encéphalique non ramollie et contrastant avec l'altération environnante par sa blancheur et sa mollesse comparatives. En coupant sur la tache noire qui se voyait sur la paroi antérieure du quatrième ventricule, on arrive sur un caillot de sang de la grosseur d'une fève. On trouve encore épars dans la substance lardacée trois petits caillots sanguins du volume d'une tête d'épingle. Sur le lobe droit de la protubérance, on trouve à la face antérieure une tache noire qui correspond à un caillot sanguin, gros comme une fève du haricot.

Les nerfs du voisinage étaient plus ou moins altérés. Les uns, comme le *trifacial* et la sixième paire, étaient *confondus avec la tumeur*; les autres, comme le facial, l'acoustique, le glosso-pharyngien et le pneumo-gastrique, étaient comprimés et aplatis par elle.

On rencontre de la bouillie dans l'œsophage, la trachée-artère et les bronches.

L'estomac contient de la bouillie, et présente dans presque toute son étendue une teinte d'un rouge clair. L'intestin grêle paraît sain; le gros intestin contient beaucoup de matières dures et moulées. Dans toute son étendue, la muqueuse est d'une mollesse extrême, s'enlève très facilement avec la pulpe du doigt; elle est, en outre, parsemée de follicules isolés, de la grosseur d'une tête d'épingle, percés à leur centre d'un orifice bien distinct.

Réflexions.—La cinquième paire préside à la sensibilité générale de la face et des muqueuses oculaire, nasale et linguale, et à la contractilité des élévateurs de la mâchoire inférieure. Aussi vers la fin de la vie de notre malade,

ces diverses fonctions étaient-elles abolies du côté gauche. Mais la sensibilité du conduit auditif et de la partie de la tête située derrière persistait; ce qui prouve que ces parties ne reçoivent pas de filets de la cinquième paire.

Jusqu'à la fin les sens furent sensibles à l'impression de leurs modificateurs spéciaux, d'où il résulte qu'ils peuvent conserver leur impressionnabilité, même en l'absence de la cinquième paire.

Le sens du goût persistait; ce n'est donc pas le nerf lingual, mais bien le glosso-pharyngien qui préside à cette fonction. Or, ce dernier n'avait éprouvé qu'une compression qui probablement n'avait pas aboli entièrement son action.

L'audition était plus altérée que les autres sensations; aussi le nerf auditif était-il fortement comprimé.

La désorganisation du nerf de la sixième paire explique parfaitement la déviation de l'œil en dedans.

La paralysie de tous les muscles de la face, et la perte d'expression qui en résultait, s'expliquent par l'*état de compression* où était le nerf facial.

Enfin, la voix était altérée, la déglutition, au dire du malade, ne se faisait que du côté droit; l'estomac rejetait quelquefois les aliments non digérés; tout cela tenait à l'état du nerf vague qui, accolé à la tumeur, était comprimé par elle.

La langue avait conservé tous ses mouvements, les muscles de la partie antérieure du cou leur contractilité, et les téguments tout autour du cou étaient sensibles; aussi le nerf hypoglosse était intact, et sans doute le plexus cervical de chaque côté remplissait ses fonctions.

Le nerf spinal du côté droit ne transmettait plus au trapeze l'influence cérébrale, aussi l'épaule droite était tombante. A partir du contour du moignon de l'épaule, tout ce

côté était paralysé du mouvement et du sentiment. Le membre inférieur était moins affecté que le supérieur, et la lésion de la protubérance était moindre en avant qu'en arrière ; ce qui tendrait à prouver que c'est par la partie postérieure de la protubérance que le membre abdominal entre en communication avec le cerveau.

Comment expliquer la faiblesse de l'acte respiratoire et la constipation qui persista si opiniâtrement jusqu'à la mort.

L'acte respiratoire, privé en grande partie des forces qu'il emprunte au trapèze et à tous les muscles du côté droit, n'avait plus ce ressort qu'il a dans l'état sain ; aussi les efforts de la toux et de l'éternuement avortaient en quelque sorte, ce qui tendait à faire croire que le nerf phrénique lui-même avait perdu de son influence.

Il n'est pas difficile non plus de donner de la constipation une explication satisfaisante. L'acte de la défécation exige le concours de deux puissances : 1° la contraction de l'intestin ; 2° celle des parois abdominales. Or pour que les parois de l'abdomen puissent agir il faut qu'elles jouissent, d'une contractilité musculaire énergique, et qu'elles trouvent dans les parties voisines un point d'appui solide. Chez notre malade le thorax ne pouvait offrir un ferme point d'appui, ni le ventre se contracter avec énergie, ce qui devait nécessairement rendre l'excrétion des matières impossible. Pour les urines, ce n'est plus la même chose. La puissance essentielle ici, c'est la vessie ; le reste n'est qu'accessoire. La résistance à vaincre est d'ailleurs beaucoup moindre. Rien d'étonnant donc que chez ce malade les fèces ne pussent être rendues, quand les urines pouvaient encore l'être.

Extrait du rapport de M. DENONVILLIERS sur l'observation précédente.

Cette observation, intéressante dans ses détails, peut se résumer en deux faits principaux qui me paraissent dignes d'attention : 1^{re} lésion de la sensibilité et du mouvement de la face existant du côté gauche, en même temps qu'une lésion de la même nature occupe le tronc et les membres du côté droit ; 2^{re} altération profonde de la cinquième paire coïncidant avec la paralysie de la face, en même temps qu'avec l'intégrité de la vue, de l'odorat et du goût.

Le premier de ces faits peut s'expliquer par le siège de la tumeur qui comprimait après leur naissance, et dans leur trajet même, les nerfs qui se distribuent à la face, tandis qu'elle avait désorganisé avant leur entrecroisement les cordons médullaires qui servent d'origine aux nerfs qui président à la sensibilité et aux mouvements du tronc. Si on adopte cette explication, il faut joindre ce fait à ceux sur lesquels repose l'opinion généralement admise, qu'il y a entrecroisement d'action dans l'axe cérébro-spinal, au niveau de la protubérance annulaire. Toutefois cette proposition ne me paraît pas devoir être admise d'une manière absolue; car j'ai en ce moment sous les yeux l'observation recueillie par M. Jobert, d'une tumeur qui naissait du côté gauche de la protubérance annulaire et avait entraîné l'altération de la sensibilité et du mouvement dans le même côté, tant de la face que du tronc et des membres.

Quant au fait de la persistance de la vue, de l'odorat et du goût, quoique la face fût paralysée du sentiment, le nerf de la cinquième paire étant désorganisé près de son origine, il est en opposition directe avec les expériences de M. Magendie, et tend à prouver que les fonctions du nerf trijumeau sont surtout relatives à la sensibilité de la face, et que ces fonctions peuvent être abolies sans que l'exer-

cice des sens en souffre ; en un mot, qu'il y a des nerfs particuliers pour chaque sensation, et que le nerf de la cinquième paire n'est pas leur auxiliaire indispensable. Il démontre surtout que le nerf lingual n'a pas, comme on avait essayé de l'établir, une part principale ou exclusive dans la fonction du goût. C'est le nerf glosso-pharyngien que M. Verruère a essayé d'ériger en nerf spécial de ce sens dans un mémoire inséré dans le *Journal des Progrès*, pour l'année 1827. Il appuie cette proposition sur une série d'expériences qui fixent d'une manière précise les points où est produite l'impression des saveurs. Il faudrait, comme complément de la démonstration, une suite de recherches anatomiques qui établissent que les parties où se développe l'impression des saveurs sont aussi celles qui reçoivent les filets du nerf glosso-pharyngien. Or, je dois convenir ici que les dissections auxquelles je me suis livré me font incliner vers l'opinion de M. Verruère, et je saisis l'occasion de donner quelques détails à ce sujet. M. Verruère a parfaitement établi, par voie d'expérimentation, que les points sensibles aux saveurs sont les côtés, la pointe, la base de la langue, sa face inférieure et la membrane muqueuse qui recouvre les glandes sublinguales, le voile du palais, les piliers et les amygdales, enfin le pharynx. Les joues, les gencives, le milieu et le dos de la langue sont complètement dépourvus de la sensibilité gustative. Eh bien ! les côtés et la base de la langue, le voile du palais, les piliers, les amygdales et le pharynx reçoivent des filets du glosso-pharyngien ; il n'est aucune des portions de membrane muqueuse auxquelles ce nerf se distribue qui ne soit sensible aux saveurs ; aucun de ses filets ne se consomme dans les muscles de la langue, (contrairement à l'assertion de la plupart des auteurs d'anatomie). Quelques-uns travers-

sont les muscles stylo-pharyngien et stylo-glosse, mais sans s'y arrêter ; aucun ne s'anastomose, soit avec le nerf hypoglosse, soit même avec le lingual, et ce défaut d'anastomose est un des caractères des nerfs spéciaux ; (les nerfs optiques et acoustiques ne s'unissent à aucun autre nerf, les anastomoses de l'olfactif avec des filets émanés, soit de la branche ophthalmique de la cinquième paire, soit du ganglion sphéno-palatin, sont douteuses pour le plus grand nombre des anatomistes). Le nerf lingual au contraire est lié à l'hypoglosse par des anastomoses larges et multipliées ; avant de se terminer dans la membrane muqueuse de la langue, il forme de petits renflements de chacun desquels partent en rayonnant cinq ou six filets courts qui se perdent dans la partie charnue de la langue. S'il est vrai que ce nerf donne des filets aux amygdales et au pharynx, qu'il fournit les branches nerveuses principales à la pointe de la langue et à sa face inférieure, il ne l'est pas moins qu'il se distribue au dos de la langue et aux gencives qui ne reçoivent pas l'impression des saveurs, et qu'il n'envoie, au contraire, aucun filet à la base de la langue que M. Vernière considère avec raison comme le point où la sensibilité gustative jouit de la plus grande énergie. Je me sens donc porté, non pas à considérer le nerf glosso-pharyngien comme le seul qui préside au sens du goût, mais à admettre pour le goût, comme pour les autres sens, un nerf spécial, dont le lingual serait seulement l'accessoire. Au reste, je me propose de tenter sur les animaux quelques expériences propres à éclaircir cette question.

M. Carré a remarqué que, dans l'abaissement de la mâchoire inférieure, le menton se portait du côté paralysé ; c'est avec raison qu'il attribue cette déviation à la paraly-

sie des muscles masticateurs ; mais je ne saurais admettre avec lui qu'elle soit due à ce que ces muscles, privés de la faculté de se contracter, cessent de maintenir le condyle de leur côté en rapport avec la cavité glénoïde. En effet, si le menton est dévié, c'est précisément parce que le condyle n'abandonne pas sa cavité. S'il fallait une explication, je croirais plus volontiers que le muscle ptérygoïdien externe paralysé ne tire plus le condyle en avant pour lui faire franchir l'apophyse transverse du temporal, et que ce condyle, demeurant enfoncé dans la cavité glénoïde, sert de centre aux mouvemens de l'os maxillaire inférieur qui tourne autour de lui comme autour d'un pivot, ainsi que cela a lieu dans les mouvemens de latéralité qui s'exécutent à l'état normal.

Note sur des tubercules dans le placenta et dans l'utérus, chez une femme phthisique; par M. HARDY, interne des hôpitaux.

Au 1^{er} janvier 1832, Marie Nolet, blanchisseuse, âgée de 35 ans, présentait tous les signes de la phthisie pulmonaire; elle se disait enceinte de sept mois, et sentait parfaitement remuer son enfant. Le 6 elle succomba. Immédiatement après sa mort on lui fit l'opération césarienne pour tâcher de sauver le fœtus, s'il était possible; mais il n'était déjà plus vivant.

L'autopsie fut pratiquée le lendemain. Les poumons étaient extrêmement adhérents à la plèvre : tous deux présentaient des tubercules ramollis et en grand nombre dans les parties antérieure et supérieure; vers ce point il existait encore des cavernes. De plus, le poumon droit présentait des traces évidentes de congestion sanguine; il paraissait augmenté de volume.

Le foie n'avait pas l'aspect qu'il offre ordinairement chez

les phthisiques: il avait, à peu de chose près son volume et sa couleur accoutumés. La rate était bien plus petite qu'à l'état normal: dans aucun de ces deux organes on ne trouva de tubercules; mais il n'en fut pas de même de l'utérus et du placenta.

A sa surface externe l'utérus offrait un assez grand nombre de petites saillies sous le péritoine; en les incisant on les reconnaissait pour des tubercules à l'état cru: il n'en existait pas de semblables dans l'intérieur du tissu de la matrice ni près de sa face interne. Alors souvent on a observé des tubercules dans l'utérus; mais ce que les auteurs n'ont pas signalé comme pouvant se rencontrer dans la phthisie pulmonaire, c'est l'existence de tubercules dans le placenta. Ici ces produits morbides, au nombre de huit ou dix, sont disposés çà et là sur la face utérine de cet organe. Quelques uns sont gros comme des pois; deux ont à peu près le volume d'une noisette; ils sont d'une couleur blanchâtre, assez résistants; on pourrait bien les prendre pour du tissu squirrheux, si la coexistence de tubercules dans le poumon, dans l'utérus et dans le même organe, ne devait les faire rapporter à ce dernier genre de production morbide. En examinant la face fœtale du placenta, on aperçoit et on sent sous le doigt une grande quantité de petits tubercules miliaires recouverts par la membrane de l'amnios.

Les organes du fœtus étaient à l'état normal; ils ne présentaient aucune trace de maladie tuberculeuse.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

BULLETIN N° V. (NOUVELLE SÉRIE).

RÉDIGÉ

PAR M. CHASSAIGNAC,

Secrétaire.

Résultats des injections mercurielles dans le périoste. — Injection des vaisseaux lymphatiques de la peau. — Transposition générale des viscères thoraciques et abdominaux. — Courbure latérale du rachis coordonnée avec la position de l'aorte. — Fracture de la voûte orbitaire, dislocation du corps du sphénoïde; altérations anatomiques de la pie-mère et du cerveau. — Fracture de l'os coxal avec épanchement sanguin dans la cavité cotyloïde. — Tumeur fibreuse développée sur la valvule de Vieussens. — Fungus présumé de la dure-mère développée du côté de la cavité arachnoïdienne ?... — Atrophie de la protubérance annulaire du bulbe rachidien chez des sujets qui avaient présenté de notables difficultés dans l'articulation des sons. — Cancer du sein avec épanchemens sanguins plusieurs fois répétés, et concrétions polypiformes. — Absès de la vésicule biliaire sans aucune adhérence de la surface péritonéale de cette vésicule. — Gangrène de l'intestin, oblitération de la mésentérique supérieure. — Constipations méconnues, 1° par suite de suintement fécal tangentiel; 2° par suite de défécation par regorgement. — Oblitération de la veine porte hépatique par des caillots. — Concrétions veineuses dans la veine cave inférieure. — Périlonite diagnostiquée par le bruit de cuir.

Présidence de M. Cruveilhier.

M. Cruveilhier présente le résultat d'injections mercurielles faites dans le périoste. Cette membrane est convertie en un réseau à mailles extrêmement multipliée. On voit aussi des stries mercurielles dans les sillons longitudinaux parallèles à la direction des fibres osseuses

M. Beau fait remarquer que plusieurs petits épanchements de la matière injectée existant dans le périoste, il serait possible que les ramifications parallèles ne soient autre chose qu'une série d'infiltrations longitudinales dans les rainures parallèles qui séparent les fibres osseuses.

M. Cruveilhier présente aussi une *injection mercurielle des vaisseaux veineux et lymphatiques de la peau*. Voici le procédé que suit M. Cruveilhier pour l'injection de ces vaisseaux : il fait pénétrer au dessous de l'épiderme l'extrémité capillaire d'une canule adaptée à un tube de mercure à haute pression. Quand cette introduction est faite avec adresse (car si on pénètre un peu trop dans le tissu de la peau, l'injection échoue complètement); presque toujours on voit se former de proche en proche un réseau argenté à mailles très fines et très multipliées. C'est principalement sur la peau du scrotum que ce mode d'injection donne les plus beaux résultats. De ce réseau capillaire sous-épidermique on voit naître des rameaux qui parcourent de longs trajets obliques dans l'épaisseur de la peau, et qui deviennent d'autant plus volumineux qu'ils deviennent plus profonds, et qu'ils se rapprochent davantage du tissu cellulaire sous-cutané. Parmi ces vaisseaux, les uns offrent un calibre uniformément décroissant, d'autres, au contraire, offrent dans toute leur longueur une série d'étranglements arrondis qui leur donnent l'aspect d'un collier. Ces vaisseaux moniliformes sont regardés par M. Cruveilhier comme les lymphatiques de la peau, et ce qu'il prouve, c'est qu'il les a suivis sans interruption jusque dans le sein des renflements ganglionnaires.

M. Grisolle présente plusieurs pièces anatomiques recueillies chez un individu qui a offert une *transposition générale des viscères thoraciques et abdominaux*. Voici quels sont à ce sujet les renseignements fournis par M. Grisolle. Aucune particularité anormale ne se faisait remarquer dans l'habitude extérieure du sujet qui a succombé à une phthisie pulmonaire. Le poumon gauche, plus volumineux que le droit, présentait trois lobes; le droit n'en avait que deux. La pointe du cœur était obliquement dirigée à droite et venait ré-

pondre au niveau de la cinquième côte. L'organe lui-même était le siège d'une transposition complète, de telle sorte que le ventricule gauche était placé à droite et *vice versa*. L'aorte naissait donc à droite du sternum, et l'artère pulmonaire à la gauche de l'aorte. La première courbure ou courbure verticale de l'aorte, au lieu de regarder à droite, répondait à gauche par sa convexité ; la deuxième courbure ne s'élevait que jusqu'à la hauteur du cartilage intervertébral placé entre la quatrième et la cinquième vertèbre dorsale ; la même artère venait ensuite se placer sur la partie latérale droite de la colonne vertébrale, qui a offert en ce point des traces non équivoques d'une concavité répondant aux corps des cinquième, sixième et septième dorsales. — L'individu qui présentait cette anomalie n'était point gaucher. Cette pièce vient donc confirmer l'opinion de M. Cruveilhier sur la cause de la courbure latérale du rachis, courbure qui, suivant lui, dépend de la présence de l'aorte, et qui rentre dans cette loi générale de laquelle il résulte que presque partout où une artère volumineuse avoisine un os, celui-ci offre une concavité correspondante.

Toutes les veines de cette région présentaient une transposition exactement correspondante à celle des artères. Le pneumo-gastrique gauche passait au-devant de la sous-clavière ; celui du côté droit passait au-devant de la courbure aortique.

L'œsophage, situé d'abord à la gauche de l'aorte, venait se terminer dans l'hypochondre droit où siégeaient l'estomac et la rate.

Le foie, situé dans l'hypochondre gauche, offrait une transposition de lobes telle, que le lobe situé à gauche représentait, sous le rapport du volume, de la forme, de la situation de la vésicule, etc., tous les caractères du lobe droit ; en un mot, le lobe droit était à gauche. La veine cave et la veine porte étaient situées à gauche.

Le rein gauche était moins élevé que le rein droit ; l'intestin grêle était dirigé de droite à gauche. Le cœcum étant situé dans la fosse iliaque gauche, le gros intestin parcourait son trajet de gauche à droite.

Il n'existait chez ce sujet aucune anomalie dans le système musculaire. Le testicule droit était plus rapproché de l'anneau que le gauche, ainsi qu'on l'observe habituellement.

M. Tessier présente plusieurs pièces anatomiques recueillies chez une fille de 18 ans qui, dans un état d'ivresse, fit une chute d'un troisième étage. La malade survécut huit jours à l'accident. Voici quelles sont les lésions soumises à l'examen de la Société : à partir d'une plaie contuse qui existait au dessus de l'angle externe de l'œil droit, on trouve une *fracture* qui traverse d'avant en arrière la *voûte orbitaire* dans toute sa longueur. Le *rocher* du côté gauche paraît être le siège d'un *épanchement sanguin* situé à sa base, dans l'épaisseur du diploë. Le corps du *sphénoïde*, presque séparé des parties voisines, est dans un état de mobilité complète. A la partie antérieure et à la partie postérieure du cerveau, la *pie-mère* présente une *injection* très forte accompagnée d'imbibition sanguine. Dans plusieurs points elle ne présente aucune adhérence à la substance cérébrale qui ne paraît pas ramollie. M. Denonvilliers fait remarquer que dans un des points où la *pie-mère* offrait cette altération, la substance cérébrale était ramollie et infiltrée de sang. Une discussion s'étant élevée au sujet de savoir : 1° s'il y avait réellement inflammation de la *pie-mère* dans les points où cette membrane se séparait de la substance non ramollie sans l'entraîner avec elle, ou si la substance cérébrale sous-jacente et la *pie-mère* pouvaient être enflammées isolément l'une de l'autre, M. Cruveilhier émet l'opinion que l'inflammation de la *pie-mère* et celle de la substance grise ne sont pas liées entre elles nécessairement, et qu'elles peuvent exister indépendamment l'une de l'autre ; il invite toutefois la Société à se livrer à des recherches tendant à décider l'importante question de savoir si les phlegmasies de la *pie-mère* sont toujours liées à une phlegmasie concomitante de la substance cérébrale contiguë, et *vice versa*.

M. Tessier pense que, par suite de la communauté intime des vaisseaux dont l'ensemble constitue la *pie-mère*, avec ceux de la substance cérébrale sous-jacente, il existe une connexité nécessaire

entre l'état de la pie-mère et celui du cerveau à sa surface. Quant à la question de savoir s'il y a phlegmasie ou seulement congestion dans un point donné de la pie-mère, il regarde la coagulation du sang dans les vaisseaux injectés comme un signe anatomique certain de l'inflammation.

M. Tessier montre encore dans le *cerveau* du même sujet des *épanchements sanguins* à foyers multiples et très petits, siégeant à la partie supérieure du corps calleux. Cette lésion lui paraît justifier parfaitement l'expression d'apoplexie capillaire qui a été donnée par M. Cruveilhier à ce que M. Lallemand, de Montpellier, désigne sous le nom de ramollissement rouge.

Indépendamment de ces lésions, il y avait une *fracture de l'os coxal* au niveau de la région obturatrice. La branche horizontale du pubis et la branche ascendante de l'ischion étaient fracturées. L'articulation coxo-fémorale était le siège d'un épanchement sanguin communiquant avec le foyer de la fracture. Il y avait une large ecchymose en arrière du pubis.

M. Reignier présente une *tumeur fibreuse* développée sur la *valvule de Vieussens*, et paraissant tirer quelques unes de ses racines du *processus cerebelli ad testes* situé à la gauche de cette valvule. Cette tumeur, assez régulièrement arrondie, du volume d'une forte noisette, était pédiculée. Cette pièce a été recueillie chez une femme qui était aveugle et épileptique. Il y avait, en outre, chez elle hydropisie des ventricules et atrophie des nerfs optiques.

M. Tessier présente une pièce anatomique consistant dans l'altération suivante dont la Société n'a peut-être pas eu jusqu'ici d'exemple: sur les *hémisphères du cerveau* se trouve de chaque côté une *plaque* d'une substance molle et blanchâtre ayant une ligne et demie à deux lignes d'épaisseur sur deux ou trois pouces d'étendue dans tous les sens; l'épaisseur de la couche est plus considérable au centre que vers la circonférence. Cette plaque de substance molle présente une surface cérébrale qui est en simple contact et sans aucune adhérence avec le feuillet viscéral de l'arachnoïde sur lequel la

substance blanche a laissé une sorte de suc lactescent ; 2° une surface méningienne appliquée et retenue solidement contre le feuillet méningien de l'arachnoïde ; voici ce qu'on observe relativement aux rapports de cette surface avec le feuillet membraneux, sur lequel elle repose. Dans les parties les plus éloignées du centre de chaque plaque on parvient à isoler la substance anormale de la membrane sur laquelle elle est étalée. Il n'y a donc là qu'une simple contiguité ; mais en se rapprochant du centre, la séparation devient impossible ; il y a plus, le tissu nouveau semble se fondre en quelque sorte dans la trame de la dure mère ; celle-ci à l'extérieur et dans le lieu correspondant à la plaque blanche est recouverte par une fausse membrane qui paraît le résultat d'une exsudation entre l'os et la dure-mère. Au dire de M. Tessier, cette fausse membrane ne serait autre chose que la couche la plus interne de l'os, ramollie, dépouillée de phosphate calcaire, devenue adhérente à la dure-mère, et qui par suite de cette adhérence s'est détachée avec elle du tissu osseux à la manière d'une pellicule qu'on aurait arrachée.

Examinée dans son tissu propre, cette production singulière offre les caractères suivants : elle est d'un blanc jaunâtre, sablée uniformément de points rouges extrêmement fins ; ses principaux caractères seraient assez exactement rendus par ceux de la couche cérébrale qui entoure les anciens foyers apoplectiques, et qui a été désignée par M. Rochoux sous le nom de ramollissement concomitant. Les caractères peu communs de cette lésion soulèvent au sein de la Société anatomique plusieurs questions sur sa nature, sur son point de départ, et sur ses rapports avec les parties voisines. Bien qu'au premier aspect elle offre quelques analogies avec une ancienne apoplexie méningée, la nature intime de la production paraît trop éloignée des caractères que peut revêtir un ancien épanchement sanguin, pour qu'on puisse voir dans le cas actuel une apoplexie méningée.

Quant au point de départ de cette production, il est évidemment dans la dure-mère dont la surface interne se continue avec la sub-

stance de nouvelle formation, sans qu'on puisse les séparer complètement, comme on le fait pour les anciens épanchements dans la cavité de l'arachnoïde.

Si on ajoute à ces circonstances : 1° la présence dans la faux de la dure-mère de plusieurs plaques semblables à celles qui ont été décrites ; 2° l'altération dont la dure-mère était le siège à sa surface externe, ainsi que les os du crâne, dans leur contact avec elle, on admettra volontiers que cette lésion avait son siège primitif dans la dure-mère; et c'est aussi l'opinion de M. Cruveilhier. — Le point de départ de cette altération anatomique étant admis, quelle en est la nature? Ici l'absence d'analogie avec toutes les lésions soumises jusqu'ici à l'examen de la Société, ne lui a pas permis de prendre des conclusions définitives à ce sujet. Que ce soit un fungus de la dure-mère qui, au lieu de végéter vers les os du crâne, aurait pénétré dans la cavité de l'arachnoïde, c'est une supposition qui n'est pas tout à fait dénuée de vraisemblance, mais dont la réalité n'a pas été suffisamment établie par l'examen anatomique.

Cette pièce, déjà si curieuse en elle même, a encore ceci de remarquable qu'elle a été recueillie chez un sujet qui n'avait offert pendant la vie aucun symptôme capable de faire soupçonner cette altération, et qui a succombé à la suite de diarrhées abondantes, causées par des écarts de régime. Nous ne devons pas omettre toutefois que dans les instants qui précédèrent la mort, il présentait un renversement de la tête en arrière, avec une rigidité des muscles du col et un commencement de trismus.

M. Cruveilhier communique à la Société le résultat de ses observations sur divers malades qui, après avoir offert pendant la vie des *altérations* remarquables dans l'*articulation des sons*, ont présenté une *atrophie* plus ou moins complète de la *protubérance* et du *bulle rachidien*.

Chez une femme hémiplegique, qui avait conservé toute l'intégrité de son intelligence, et qui a succombé aux suites d'une escharre du sacrum, la protubérance était très petite, déformée, avait perdu

un tiers de son volume. La pyramide antérieure du bulbe était atrophée à gauche et convertie en substance grise ; le corps dendroïde de l'éminence olivaire était de même transformé en substance grise. Chez cette femme il y avait impossibilité absolue de parler ; elle faisait entendre des cris inarticulés et s'exprimait par gestes.

La seconde observation, recueillie par M. Cruveilhier, a pour sujet un enfant qui avait à la vérité conservé la possibilité d'articuler, mais qui émettait les paroles syllabes par syllabes avec une excessive lenteur. L'intelligence était de même parfaitement intacte ; la déglutition s'embarrassa peu à peu, et le jeune malade succomba à une asphixie que M. Cruveilhier avait annoncée d'après la considération de la difficulté croissante qu'éprouvait l'acte respiratoire.

A l'autopsie on trouva le *bulbe rachidien atrophie* et d'une dureté en quelque sorte pierreuse. Cette atrophie du bulbe était accompagnée de sa conversion en substance grise.—Chez ces deux malades la langue avait conservé une mobilité parfaite. Chez le dernier il n'y avait pas autant de volubilité que dans le premier cas. Ici le nerf hypoglosse était atrophie.

De ces deux faits, et de quelques autres encore, M. Cruveilhier conclut que les portions du système nerveux qui président spécialement à l'articulation des sons doivent être la protubérance et le bulbe.

M. Denonvilliers présente un *cancer du sein* très volumineux, bosselé à sa surface et présentant une ulcération de la peau au niveau de la partie la moins consistante de la masse cancéreuse. Celle-ci se compose des éléments suivants : 1° plusieurs noyaux considérables d'une substance fibreuse, dure et criant sous le scalpel ; 2° d'autres noyaux d'une substance molle, jaunâtre, demi transparente, contenue dans des loges celluleuses dont les parois sont, dans quelques points, le siège d'une injection très vive, et même de petits épanchements ; 3° une masse de concrétions polypeuses, friables, à demi-desséchées, ayant une teinte brune foncée. M. Denonvilliers pré-

sente ces productions comme n'étant autre chose que des caillots sanguins ; et, en effet, indépendamment de ce que l'examen anatomique ne permet pas de se méprendre sur leur véritable nature, l'histoire de la maladie apprend qu'il est survenu à diverses époques, mais notamment après la suppression des règles, des accroissements brusques de la tumeur, accompagnés de coloration bleue, et qui ont disparu incomplètement après un espace de temps plus ou moins considérable ; toutes circonstances qui attestent l'existence d'épanchements, leur nature sanguine, et leur marche consistant dans une résorption partielle avec persistance et solidification des caillots.

M. Cruveilhier présente une *dilatation considérable de la vésicule biliaire*, par un liquide de nature purulente, et au milieu duquel nagent quelques calculs biliaires d'une couleur noire très foncée ; le col de la vésicule est oblitéré ; il n'y avait aucune adhérence de la surface de la vésicule avec le péritoine ambiant.

M. Desprez montre une *gangrène de l'intestin* chez une femme qui eut une constipation opiniâtre, et chez laquelle on a été obligé de recourir à l'extraction de matières fécales extrêmement dures accumulées dans le rectum. Cette constipation a eu ceci de remarquable que, pendant quelques jours, et avant qu'on eût recours à l'extraction des matières fécales, la malade a eu du dévoiement, ce qui en imposa sur l'état de tamponnement du rectum qui n'a été reconnu que par l'impossibilité de faire pénétrer un lavement. A ce sujet M. Chassaignac rappelle que cette variété de diarrhée qui, chez des individus dont le rectum est obstrué, résulte du ramollissement tangentiel des matières endurcies, s'observe fréquemment dans les hôpitaux de vieillards.

M. Cruveilhier fait connaître un autre mode d'expulsion des matières, qui peut faire méconnaître l'existence d'une constipation : c'est la *défécation par regorgement*. Il présente un rectum énormément développé qui remontait jusqu'à l'épigastre. Il a été recueilli chez une vieille femme qui avait présenté pendant la vie ce mode de défécation. D'après la connaissance qu'on avait de la persistance des selles

dans les jours qui précédèrent la mort, on fut très étonné de trouver à l'autopsie une quantité considérable de matière fécale dans le gros intestin.—Chez la femme qui fait le sujet de l'observation de M. Desprez, il y avait oblitération de la mésentérique supérieure par des caillots sanguins.

M. Desprez présente un caillot considérable et déterminant l'oblitération complète de la veine porte hépatique, chez un sujet qui a succombé à une ascite. La rate offrait chez le même sujet un volume considérable, et la veine cave inférieure présentait dans plusieurs points de sa longueur des petites concrétions osseuses sous forme de lamelles très fines et comme micacées, soulevant, par leurs bords tranchants et recourbés vers la concavité du vaisseau, la membrane interne.—C'est chez le sujet sur lequel ont été recueillies ces pièces, que M. Desprez dit avoir entendu le bruit du cuir au début d'une péritonite récente dont on trouve encore des traces, et qui, suivant M. Desprez, aurait succédé à une ponction pratiquée pour l'évacuation de l'ascite.

Fracture de la base du crâne par contre-coup; disjonction de la suture lambdoïde; déchirure du sinus latéral gauche; contusion par contre-coup des lobes antérieurs du cerveau.
— Observation communiquée par M. BOINET, interne à l'hôpital Necker.

Le nommé Leroy, âgé de 41 ans, balayeur, d'une constitution robuste, a été reçu à l'hôpital Necker, le 6 mars 1834, à la suite d'une chute sur la tête.

Le 2 mars au soir, étant ivre, il tomba dans un escalier; à l'instant même il fut relevé et mis au lit. Le sang coulait abondamment par l'oreille gauche. Le malade éprouva-t-il des symptômes de commotion? Les personnes qui ont soigné cet individu au moment de sa chute, n'ont pu nous donner des renseignements bien précis sur ce qu'il a éprouvé.

Le 3 et le 4 mars il resta au lit sans faire appeler un médecin, ne se trouvant pas assez malade pour réclamer de secours. Pendant ces deux jours, le sang continue à couler par l'oreille gauche.

Le mercredi, 5 mars, troisième jour après l'accident, sa femme étant sur le point d'accoucher, il va lui-même chercher une sage-femme, et parcourt un espace de plus de deux lieues avec la même agilité qu'il l'eût fait en bonne santé. A son retour, il se plaint d'un peu de fatigue et de mal de tête.

Deux heures après son retour, céphalalgie plus intense, fièvre, somnolence; dans la nuit léger délire qui cesse le matin du jeudi 6 mars, jour où on l'apporta sur un brancard à l'hôpital Necker.

Il gagne son lit, soutenu seulement par les bras. La face est rouge, animée; les paupières sont un peu abaissées; pas de déviation de la bouche, ni de contraction des muscles de la face. Le pouls est fort, plein, tendu; la peau est chaude; il y a beaucoup de fièvre. Interrogé sur son accident et sur l'état où il se trouve, il répond *d'abord* avec beaucoup de justesse aux questions qu'on lui adresse; mais ensuite ses réponses sont décousues, incohérentes.

Dans le point où le choc a eu lieu, à la partie postérieure, supérieure et externe du pariétal gauche, on trouve une bosse peu saillante, à base large, d'une circonférence de 5 à 6 pouces, sans lésion du cuir chevelu. A l'endroit de la contusion, le malade accuse une douleur assez vive; il a un air d'hébétude très-marqué. La jambe et la cuisse du côté droit sont dans un état d'extension qui semble involontaire; si on soulève ce membre, il retombe en masse et lourdement. La sensibilité est manifestement diminuée; la cha-

leur est conservée. La jambe gauche est fléchie sur la cuisse du même côté, jouit de toute sa sensibilité, et peut exécuter tous ses mouvements habituels.

Jusqu'au soir pas de changement. Alors il est pris de délire. On lui met la camisole pour l'empêcher de se jeter hors de son lit ; il s'agite, sa respiration est difficile, stertoreuse ; de temps en temps, il fait entendre quelques sons inarticulés. Après son agitation, qui est passagère, il tombe dans un coma profond.

Les symptômes s'aggravent ; la mort a lieu à dix heures du soir, douze heures après son entrée.

Autopsie, 30 heures après la mort.—Au niveau de la bosse pariétale du côté gauche, on remarque une contusion avec empâtement ; le cuir chevelu est infiltré de sang ; le péri-crâne, dans une étendue d'une pièce de cinq francs, est séparé de l'os qui n'est pas fracturé. Après avoir enlevé tout le cuir chevelu, on remarque, à la partie postérieure et gauche de la tête, une disjonction de la suture lambdoïde, laquelle est continuée par une fracture qui affecte le temporal et passe à la base de l'apophyse mastoïde. Une autre fracture partage en deux le conduit auditif, à l'ouverture duquel on trouve un petit fragment osseux détaché, de la longueur d'une pièce de cinq sols.

Le rocher est fracturé en différents endroits, des esquilles même sont séparées. La cavité glénoïdale est aussi fracturée, et le sinus latéral gauche est largement ouvert à l'endroit où il s'ouvre dans le trou déchiré postérieur.

Immédiatement au-dessous du pariétal, dans le lieu où a porté la violence extérieure, il y a un épanchement sanguin circonscrit, entre l'os et la dure-mère ; il présente

une circonférence de cinq à six pouces ; le sang, en petite quantité, forme des caillots peu consistants.

A la surface convexe de l'hémisphère gauche, on rencontre des épanchements partiels ; ils donnent à la dure-mère un aspect noirâtre, marbré, remarquable surtout au niveau des lobes antérieurs. Ces lobes, le gauche principalement, présente une couleur lie de vin ; ils sont ecchymosés, contus, ramollis, avec désorganisation de la substance cérébrale qui est réduite en bouillie, infiltrée de beaucoup de sang. Cette espèce de broiement de la substance cérébrale est beaucoup moins prononcé dans le lobe droit. La dure-mère, dans cet endroit, est séparée des os ; le reste du cerveau est sain ; les autres organes ne présentent rien de remarquable.

L'absence des phénomènes de compression dans les premiers moments peut s'expliquer de la manière suivante : Le sinus déchiré, communiquant avec la fracture comminutive du rocher, et cette dernière avec l'oreille externe, le sang, au lieu de s'amasser dans le crâne et de comprimer le cerveau, suivit la voie qui lui était ouverte et s'écoula par l'oreille ; tant que dura l'hémorragie, les symptômes de compression ne se manifestèrent pas ; mais vers le quatrième jour, par suite de l'obstruction que ces caillots sanguins, déposés entre les lèvres de la fracture, auront produite, il en sera résulté un obstacle à l'écoulement du sang, qui s'est épanché entre la dure-mère et le crâne, et a donné lieu aux symptômes de compression observés.

Description d'une tumeur anévrysmale de la crosse de l'aorte

Par M. CH. DENONVILLIERS.

La femme Mathurel, âgée de 56 ans, n'avait jamais été

malade jusqu'à l'âge de 53 ans, époque à laquelle elle éprouva plusieurs hémorrhagies utérines, accompagnées de palpitations et de syncopes fréquentes; ces accidents durèrent pendant quelques mois. Un an après, en novembre 1831, cette femme fut réveillée pendant la nuit par des douleurs et des battemens violens dans la région du cœur, et s'aperçut de l'existence d'une tumeur au-dessous de la clavicule gauche; pendant un mois le bras gauche demeura engourdi et privé de ses mouvements. A cette époque, les douleurs et les battemens disparurent jusqu'au mois de juin 1832. La malade, entrée alors à la Charité dans le service de M. Fouquier, fut saignée huit fois en huit jours, mise à l'usage des préparations de digitale, et sortit de l'hôpital, soulagée, mais conservant sa tumeur à la partie supérieure et gauche de la poitrine. L'exercice ne tarda pas à ramener les battemens et les douleurs. La malade se présenta dans le mois d'octobre 1832, à l'Hôtel-Dieu.

Il y a deux ans seulement qu'existe la tumeur. La face est pâle, les lèvres décolorées, les joues et les extrémités bleuâtres; le système veineux superficiel est médiocrement décoloré; les chairs molles et flasques. Au côté antérieur et gauche de la poitrine existe une tumeur qui a environ trois pouces et demi d'étendue verticale depuis la seconde jusqu'à la cinquième côte, et trois pouces d'étendue transversale en partant du côté droit du sternum. Elle est parcourue par quelques veines légèrement dilatées, immobile à sa base, non adhérente à la peau, douloureuse dans toute son étendue, mais principalement près de la ligne médiane en un point qui semble correspondre à l'articulation du quatrième cartilage costal, d'une consistance et d'une incompressibilité telles, qu'elle paraît formée par les

cartilages soulevés, excepté pourtant dans le point douloureux que je viens d'indiquer. Là, la tumeur cède à la pression, se réduit sous le doigt, et permet de sentir les bords d'une ouverture qui en forme la base. La peau qui recouvre cet endroit est plus tendue et luisante ; il semble que sur la tumeur principale s'élève une seconde tumeur ronde et du diamètre d'un pouce. Au-dessous de la mamelle existe un relief formé par la sixième côte, qui est soulevée et dépasse en avant le niveau de la septième. Toute la tumeur, ainsi que la portion de la poitrine située au-dessous de la septième côte, est soulevée par un mouvement indépendant de celui de la respiration, et isochrone aux battements du poulx. La main appliquée sur la tumeur est soulevée et perçoit un battement, non pas simple comme celui du poulx, mais double: le soulèvement et le battement, d'autant plus prononcés qu'on s'approche davantage du centre de la tumeur, sont surtout marqués dans le point douloureux et saillant que j'ai déjà signalé. Par moments la main perçoit le frémissement cataire. Toute la région occupée par la tumeur donne un son mat. Bruit respiratoire assez faible, mais pur en arrière, râle muqueux et ronflement en avant, surtout à droite. Les battements sont transmis dans toute la poitrine, mais avec d'autant plus de force qu'on se rapproche davantage de la tumeur; ils se composent de deux bruits qui sont quelquefois assez distincts, et dont le second est plus fort que le premier, et qui d'autres fois paraissent confondus en un seul. Vers l'angle des quatrième, cinquième et sixième côtes gauches existent de la douleur et des battements très forts. Il n'y a point d'œdème. La malade se plaint de douleurs pongitives dans la tumeur, et de battements qui transmettent à tout le corps un ébranlement qui ne permet pas un

instant de sommeil; elle se tient assise dans son lit, respire difficilement, et les mouvements les plus légers augmentent le malaise et l'anxiété. Toux fréquente, avec expectoration abondante de crachats jaunâtres et opaques. L'appétit est faible, mais les fonctions digestives s'exécutent bien. (Saignée de 8 onces, manulaves très-chauds, cataplasmes sinapisés aux mollets, application de glace sur la tumeur, teinture de digitale à la dose de dix gouttes dans un julep; repos absolu et diète). Dès le lendemain, l'état de la malade s'est amélioré; au bout de quelques jours elle a pu dormir, la dyspnée et les battements ont diminué. Cet état de mieux persiste pendant huit jours, et alors survient un nouvel accès semblable au premier. (Même traitement, même résultat). Quatre accès se succèdent ainsi à huit ou dix jours d'intervalle. Il est remarquable que, pendant la durée des accès, la petite tumeur secondaire augmente, tandis que dans l'intervalle elle éprouve un retrait. Toutefois les progrès de cette dernière sont manifestes, et son diamètre, qui n'était que d'un pouce lors de l'entrée de la malade, se trouve au bout de deux mois porté à un pouce et demi. A cette époque, survint un accès plus fort que les autres. (Deux saignées de six onces, application de glace). Les accidents se calmèrent, la tumeur générale diminua, la sixième côte se remit au niveau des autres, et la petite tumeur secondaire éprouva en très-peu de temps un retrait progressif, tel qu'elle disparut quinze jours après; seulement à la place qu'elle avait occupée on percevait des battements plus énergiques, et le doigt s'enfonçait dans une cavité à bords durs et assez tranchés. La malade se plaignait en même temps de douleurs dorsales après plusieurs alternatives de rémission et d'aggravation des acci-

dents. Les palpitations et les douleurs cessèrent entièrement ; les battements se modérèrent. Le 1^{er} avril, la malade put se lever et descendre au jardin. Le 25, de légers symptômes de bronchite aiguë cédèrent à une émission sanguine, et la malade continuait à aller fort bien, lorsque, deux jours après, au moment où elle était assise et occupée à coudre, elle expectora tout à coup cinq ou six crachats rouges, écumeux, formés par du sang pur, puis tomba en syncope, en criant qu'elle se sentait mourir. On la porta sur son lit, où elle expira au bout de quelques secondes.

L'autopsie fut faite avec soin par M. Nélaton et par moi.

Les organes contenus dans les cavités abdominales, encéphaliques et rachidiennes, ne présentaient rien de remarquable.

Le grand pectoral gauche, disséqué et comparé à celui du côté opposé, paraît intact, mais légèrement soulevé. Coupé en travers et renversé vers son attache sternale, il laisse apercevoir une petite poche ovoïde, située entre les extrémités internes des quatrième et cinquième cartilages costaux, poche dont les parois sont formées antérieurement par les plans fibreux qui sont au-devant du sternum, sur les côtés par une membrane lisse, mince, transparente, fibreuse, et appliquée immédiatement sur les bords d'une perforation qui existe au sternum, en arrière, enfin, par des couches fibrineuses assez résistantes, mais dans l'épaisseur desquelles se trouve un trajet long et étroit, sur lequel nous reviendrons. La cavité de cette petite poche, qui envoie dans le quatrième espace intercostal un prolongement en cul-de-sac, est remplie par des caillots jaunâtres déposés sur les côtés, et par de la sérosité qui occupe le centre.

Une ponction ayant été faite au diaphragme, du côté gauche, il s'écoule un demi litre de sérosité transparente. A l'ouverture de la poitrine, on trouve la cavité de la plèvre gauche remplie par un énorme caillot, le poumon refoulé, appliqué contre la colonne vertébrale, et recouvert par une couche jaunâtre, consistante, épaisse d'une ligne, entièrement semblable à la couenne du sang lorsqu'il s'est décomposé.

Au milieu du tissu cellulaire du médiastin induré et infiltré, existe une tumeur sphérique grosse comme le poing, aplatie d'avant en arrière, placée derrière le sternum et les cartilages costaux auxquels elle adhère, devant l'origine et la crosse de l'aorte, entre les plèvres et les poumons auxquels elle est unie par des liens cellulaires au-dessus du cœur, dont la sépare seulement le péricarde qui lui est appliqué et qui couvre son hémisphère inférieur. On remarque à la partie postérieure et droite de cette tumeur, un rétrécissement, une sorte de collet par lequel elle se continue avec le côté antérieur et inférieur de la crosse de l'aorte. D'un autre côté, les adhérences de la tumeur avec la plèvre et le poumon gauches se sont rompues dans l'étendue de six à huit lignes, et on aperçoit une fissure à bords déchirés, inégaux, dentelés, par laquelle la cavité de la poche anévrysmale communique avec celle de la plèvre. La portion du poumon qui confine à cette fissure a, dans l'étendue de deux à trois pouces cubes, la consistance du tissu pulmonaire hépatisé. Les bronches ne contiennent pas de caillots; il semble que du sang poussé dans le tissu du poumon se soit insinué de proche en proche dans les cellules, sans les rompre.

La surface intérieure de la tumeur, rétrécie par des

caillots fibrineux, présente deux ouvertures latérales : 1^o celle de droite, par laquelle elle communique avec l'aorte, est elliptique, à grand diamètre vertical, d'à-peu-près quinze lignes ; sa circonférence est saillante, extrêmement lisse et de consistance cartilagineuse, avec plusieurs points osseux ; 2^o celle de gauche, par laquelle la poche anévrysmale s'ouvre dans la plèvre, est linéaire, à bords frangés.

Les caillots fibrineux déposés dans la poche anévrysmale forment une couche continue, très-mince au voisinage de l'ouverture de communication avec l'aorte, épaisse d'un pouce à la partie la plus déclive. Très-consistante dans ce lieu ainsi qu'en avant, cette couche est au contraire ramollie, disposée en lames écartées les unes des autres, et séparées par de la matière semblable à de la lie-de-vin, aux environs de la déchirure. On aperçoit en avant l'orifice d'un pertuis qui s'enfonce dans l'épaisseur des caillots, et par lequel un stylet pénètre dans la petite poche que nous avons vue sortir au travers du sternum. Ainsi cette petite poche communique avec le grand sac anévrysmal dont elle n'est séparée que par une couche de caillots. La surface interne des couches fibrineuses est unie et lisse ; l'externe, qui est en rapport avec les parois propres de la poche, est inégale, irrégulière, parsemée d'éminences et d'enfoncements ressemblant, dans certains points, à du tissu tuberculeux ramolli, offrant dans d'autres un aspect lardacé, couverte même de quelques dépôts crétacés. Des caillots noirs nous indiquent la pénétration récente du sang entre les parois de la poche et les couches fibrineuses soulevées. Une coupe de celles-ci nous fait voir qu'elles sont concentriques, semblables à la corne transparente, de couleur alternativement jaune et grise, d'une épaisseur et d'une

résistance égales dans tous les points ; alors on aperçoit à nu la surface interne du sac, dont l'aspect diffère suivant qu'on l'examine en avant ou dans les autres points de son étendue.

La partie antérieure du sac se présente sous la forme d'une membrane celluleuse mince, transparente, au travers de laquelle on aperçoit les espaces intercostaux et les cartilages ; elle est appliquée immédiatement sur eux, traverse la perforation du sternum pour former la petite poche superficielle dont nous avons parlé plus haut, et nous paraît constituée surtout par le périoste auquel se joint une couche mince de tissu cellulaire. Dans le reste de son étendue, le sac offre l'aspect que présente souvent l'aorte dilatée et malade, de plaques blanches et jaunâtres, formées les unes par des concrétions osseuses, les autres par de la matière crétacée, une membrane transparente qui s'enlève par lamelles. Au-dessous de ce premier plan existe une membrane plus ferme, résistante, fibreuse, d'une couleur grise. Enfin en coupant celle-ci, nous trouvons que la portion la plus extérieure du sac n'est constituée que par une lame de tissu cellulaire épaissi et induré. Dans plusieurs coupes des parois du sac, nous retrouvons ces trois couches distinctes ; nous les distinguons très-bien sur les lèvres frangées de la déchirure. Une incision qui divise l'éperon par lequel est formée l'orifice de communication avec l'aorte, nous permet de constater qu'il est formé par l'adossement des parois de l'aorte et de celle du sac anévrysmal, intimement unies entre elles par des adhérences celluluses extérieures, et qu'il y a continuité apparente des membranes de l'aorte avec celle du sac. — Enfin nous nous assurons que les fibres de la tunique moyenne de l'aorte ont exactement la

même direction que celles de la membrane qui lui correspond dans le sac anévrysmal.

L'aorte est saine à son origine ; mais, à un pouce au-dessus des valvules sigmoïdes, elle présente des altérations analogues à celles de la face interne du sac. Elle a éprouvé une légère dilatation en avant et à gauche, dans le lieu qui correspond à l'ouverture de communication avec la poche anévrysmale. L'artère sous-clavière, et la carotide primitive droites, au lieu de provenir d'un tronc innominé, naissent immédiatement de la crosse de l'aorte.

Le sternum offre dans l'intervalle des quatrième et cinquième cartilages costaux, une échancrure longue d'un pouce, dont la convexité s'étend à droite jusqu'au milieu de l'os, et qui est terminée en dehors par deux sortes de cornes, portant encore à leurs extrémités les cartilages articulaires et soutenant les cartilages costaux. Les bords de cette échancrure sont taillés en biseau, aux dépens de la lame interne de l'os. Au-dessus existe une légère dépression qu'on peut considérer comme un commencement d'érosion. Une couche de tissu compact revêt la surface de ces deux pertes de substance. Les cartilages articulaires ne sont nullement altérés.

Ce qu'il y a de remarquable dans la marche de cette affection, c'est de voir une tumeur qui avait fait saillie au dehors rétrograder tout à coup et disparaître entièrement. L'examen de la pièce anatomique a rendu raison de ce fait; nous avons vu la poche superficielle isolée du grand sac anévrysmal par une couche épaisse de caillots que perceait seulement un très petit trajet fistuleux, revenue sur elle-même et remplie par du sang en voie de résorption; il

nous a paru probable que, si la malade eût vécu plus longtemps, le petit trajet fistuleux se fût fermé; toute communication eût été interrompue entre les deux subdivisions du sac anévrysmal, et la petite tumeur eût été complètement oblitérée par des caillots adhérents. C'est par un mécanisme analogue que s'oblitérent les artères qui s'implantent sur une poche anévrysmale, ainsi que l'a démontré M. Bérard aîné.

A cette occasion, je ne puis m'empêcher d'insister sur le rôle important que joue, dans les tumeurs anévrysmales, la portion du sang qui se forme en concrétions fibrineuses. On a vu les caillots durcis et accrus de la circonférence au centre, rétrécir, puis oblitérer entièrement la cavité du sac anévrysmal et de l'artère; on les a vus fournir au centre un canal solide et rétablir la continuité du vaisseau anévrysmatique. Ici, nous avons trouvé la surface extérieure des couches fibreuses ramollie, altérée, et du sang était insinué entre elle et les parois du sac. Une semblable disposition me paraît bien propre à expliquer et à justifier l'opinion de Richter, qui admet que la guérison spontanée de l'anévrysme peut quelquefois avoir lieu par le détachement des caillots et leur chute sur l'ouverture qui joint la tumeur à l'artère.

Rapport de M. A. BÉRARD, sur l'observation précédente.

La Société anatomique entendit avec une sorte de défiance la description de cette tumeur anévrysmale. Une commission fut chargée de vérifier les détails anatomiques. M. A. Bérard, après avoir fait la dissection de la pièce, lut à la Société un rapport dont voici l'extrait.

« M. Denonvilliers s'était borné à disséquer les couches

membraneuses du sac du dedans en dehors. M. Berard les a en outre disséquées de dehors en dedans.

» En isolant la tunique externe de l'aorte, on passe juste sur le sac, on enlève une membrane celluleuse continue de l'artère au sac, et l'éperon se trouve déplié.

» La face externe de la tunique moyenne de l'aorte ayant été mise à nu par l'enlèvement de la membrane celluleuse, on constate qu'il y a continuité contre elle et la deuxième membrane du sac ; mais l'aspect de ces deux membranes n'est point parfaitement identique. La membrane de l'artère est épaisse, médiocrement dense et jaune; la membrane du sac est plus mince, condensée, généralement d'un gris blanchâtre, et ce changement de couleur est brusque dans la circonférence de l'éperon, excepté dans une partie que nous ferons connaître plus bas; il faut observer que, d'une part, la membrane du sac présente des places jaunes, tandis que, d'une autre part, celle de l'artère est dans plusieurs endroits décolorée et amincie, notamment dans une étendue de huit à neuf lignes aux environs de l'éperon, de sorte que, dans ce point, la membrane moyenne de l'artère se continue sensiblement avec la membrane moyenne du sac.

» Enfin, étudiée par sa face interne, cette même membrane moyenne du sac se continue avec celle de l'aorte; on enlève facilement des lambeaux qui passent de l'une à l'autre, et l'examen le plus attentif à la loupe ne peut faire distinguer la partie qui appartient au sac de celle qui dépend de l'artère.

» En résumé, il est hors de doute pour la commission, que le sac anévrysmal est constitué par trois membranes continues avec les trois tuniques de l'aorte, et dont la

moyenne seule offre quelques différences d'organisation sur le sac et sur l'artère.

« Faut-il donc envisager cette tumeur anévrysmale comme le résultat de la dilatation des trois membranes artérielles ? C'est une question que la commission n'a pas abordée. »

A ce rapport, M. Denonvilliers a ajouté la note suivante.

Il est universellement admis, depuis les travaux de Scarpa, qu'une tumeur anévrysmale pédiculée a pour cause nécessaire la distension de la tunique externe des artères après rupture des deux tuniques internes. Si donc, raisonnant dans cette hypothèse, on cherche à se rendre compte des particularités que ce cas a offertes, plusieurs explications se présentent : 1° ou les deux couches membraneuses les plus internes ont été formées par la déposition et l'organisation d'une partie des principes du sang à l'intérieur de la poche ; 2° ou elles résultent du développement de fausses membranes dans le kyste anévrysmal ; 3° ou enfin elles sont les conséquences de la transformation des parois du kyste même.

1°. Les faits sur lesquels pourrait s'appuyer la première explication ne sont ni nombreux ni surtout concluants. Il est vrai que A. Cooper a vu, dans un anévrysme fusiforme de l'artère fémorale, les caillots se condenser et former au sang un canal solide, dont les parois avaient un *aspect membraneux* ; qu'un des auteurs de l'article *Anévrysme* (*Dict. en 25 vol.*), a observé dans l'aorte une disposition semblable, et noté que le canal *paraissait* tapissé d'une membrane fine, continue en haut et en bas avec tunique interne de l'artère. Toutefois ces faits sont loin d'être analogues à celui qui nous occupe, puisque, sans parler de la

manière incertaine dont cette membrane de nouvelle formation est indiquée, elle n'est pas doublée par une seconde couche membraneuse, mais par une masse de sang concrété.

2^e Quant à la seconde manière de voir, je n'ignore point que la surface interne des tumeurs anévrysmales est souvent doublée d'une couche mince, membraniforme, et quelquefois exactement continue à la tunique interne des artères; je sais qu'Hodgson et Bécclard l'assimilent à la membrane d'un abcès, et la regardent comme le résultat de l'exsudation de la lymphe plastique sécrétée par le sac légèrement enflammé; que cette exsudation peut même devenir assez abondante pour oblitérer le kyste anévrysmal de l'artère; mais il y a loin de la formation de la couche membraniforme, par suite de la condensation d'un liquide versé en nappe sur une surface, à la production de deux véritables membranes superposées, d'aspect, d'épaisseur et d'organisation différentes. Le dernier de ces phénomènes serait, je crois, en opposition avec ce qui s'observe dans le reste de l'économie : la lymphe versée par une plaie, quel que soit le tissu intéressé, se transforme suivant les circonstances, en tissu fibreux ou muqueux. Le liquide qui s'épanche à la surface d'une séreuse est changé en une seule membrane d'aspect uniforme, et celle-ci peut à son tour sécréter une nouvelle couche semblable à elle; mais jamais, à ma connaissance, la lymphe plastique ne s'est transformée en deux couches superposées d'organisation différente.

Faut-il donc recourir à la dernière explication et admettre que le sac, primitivement formé par la tunique externe, ait subi peu à peu une transformation organique? Peut-

être cette opinion trouvera-t-elle quelques partisans. Nous avons entendu soutenir ici que le tissu cellulaire traversé par du sang artériel se transformerait à la longue en un tube semblable à celui des artères, et on a invoqué à l'appui de cette opinion l'exemple d'une veine qui revêt les caractères du tissu artériel lorsqu'elle est traversée par du sang rouge. L'occasion de vérifier ces altérations nous a été dernièrement offerte; M. Puydebat ayant présenté à la Société un anévryme variqueux qui datait de 18 mois, chacun de nous a pu se convaincre qu'on a exagéré les changements qui surviennent dans les deux ordres de vaisseaux. Les veines avaient, il est vrai, des parois épaisses, comme cela s'observe dans certaines varices; quant aux artères, elles n'avaient pas changé d'une manière appréciable. Le changement eût-il d'ailleurs été plus considérable, on ne peut point le regarder comme une véritable transformation organique; le cours du sang étant interverti, les veines qui avaient une pression plus considérable à supporter, se sont hypertrophiées, en vertu de ce principe que le développement d'un organe est en raison de l'exercice auquel on se livre, ou de l'excitation à laquelle il est soumis. Pendant la gestation, l'utérus prend un développement énorme et présente des fibres charnues qu'on n'y aperçoit pas pendant l'état de vacuité; le crémaster, distendu par un sac herniaire ou par une hydrocèle ressemble à un muscle peaucier; les fibres musculaires préexistaient: elles sont seulement hypertrophiées. Ces phénomènes du même ordre diffèrent essentiellement de la transformation, par exemple, d'une membrane fibreuse en tissu osseux; ils ne diffèrent pas moins du changement d'une membrane celluleuse en trois tuniques d'aspect différent, et ne peuvent point par conséquent être

cités en faveur d'un phénomène avec lequel ils n'ont aucune espèce d'analogie.

De toute cette discussion, il résulte qu'aucune des opinions examinées n'est satisfaisante pour l'esprit, et que le fait reste inexplicable, tant qu'on suppose la tumeur anévrysmale formée par la rupture des deux tuniques internes et la distension de l'externe, et si, d'autre côté, on considère que la pièce qui nous occupe diffère en plusieurs points essentiels de celles qui ont été décrites et représentées par Scarpa, peut-être me trouvera-t-on excusable de penser que cet anévryisme, bien que présentant la forme propre aux anévrysmes par rupture, a cependant été formé par la dilatation des tuniques artérielles. Mes preuves sont : 1° l'existence incontestable, sur les parois du sac, de trois membranes qui se continuent avec celles de l'artère, et qui sont, comme elles, altérées dans leur organisation ; et 2° l'aspect lisse de la circonférence de l'éperon, qu'on voit au contraire plus ou moins frangé et irrégulier sur toutes les planches de Scarpa. Si on m'objecte que la membrane moyenne du sac était plus mince, plus condensée et d'une couleur moins foncée que celle de l'artère, je répondrai que d'abord il a été établi qu'elle était fibreuse, et qu'elle se continuait avec celle de l'artère, et que l'examen à la loupe n'a pu faire distinguer l'une de l'autre. Ensuite, je demanderai si l'aplatissement et la condensation de la membrane moyenne du sac n'est pas un résultat presque forcé de sa dilatation, et s'il ne serait pas plus extraordinaire qu'elle eût conservé son aspect normal. Enfin, je ferai observer que la membrane moyenne présente sur le sac des places jaunes où elle est semblable à celle de l'artère, et d'un autre côté, sur l'artère, des points où elle est décolorée et

amincie comme sur la tumeur anévrysmale. L'altération des deux tuniques internes est un des arguments les plus puissants; car, suivant la remarque d'Hogson, les apparences morbides propres aux artères se trouvent dans la plupart des dilatations, et manquent au contraire dans les anévrysmes, même lorsqu'ils sont entés sur une dilatation. Dans le cas que je vous ai soumis, une petite tumeur secondaire, résultat de la rupture de la poche principale, avait pour paroi une membrane d'aspect fibreux et non altérée, pendant qu'au contraire le kyste anévrysmal, suite de la dilatation des tuniques artérielles, présentait des membranes altérées. Cette pièce était en quelque sorte, le résumé des propositions d'Hogson. Si les deux membranes intérieures eussent été unies et lisses, peut-être serais-je moins affermi dans mon sentiment; mais elles étaient malades comme les tuniques artérielles avec lesquelles elles se continuaient; c'est là le cachet de l'organisation artérielle; ici l'identité de maladie indique évidemment l'identité de structure.

Cette portion d'artère s'est laissé peu à peu distendre par l'effort du sang; les parties voisines qui ont conservé leur ressort, ont formé le contour de l'ouverture. La poche résultant de la dilatation des tuniques artérielles, cédant à la pression incessante de la colonne de sang, s'est successivement agrandie et arrondie, jusqu'au moment où son extensibilité s'étant épuisée, il est survenu en avant une première rupture, à laquelle je rapporte l'apparition de la petite tumeur superficielle. Enfin cette petite poche tendant à s'oblitérer par un mécanisme que j'ai exposé dans mon observation, l'anévrysme s'est trouvé de nouveau restreint aux seules parois artérielles; et cette circonstance, jointe

au ramollissement et à la destruction partielle des couches fibrineuses, explique la nouvelle rupture qui eut lieu dans la plèvre, et termina la vie de la malade.

Observation de maladie générale des os; par M. ROBERTY, interne à l'hôpital des Vénériens.

Thévenot (Joséphine), âgée de 25 ans, lingère, d'une taille assez élevée, bien conformée, et n'ayant jamais eu de maladies sérieuses, se maria à 17 ans et eut une fille qui existe encore et qui est en parfaite santé. Ses parents sont encore vivants, et ne présentent aucune trace de maladie transmissible par hérédité.

Au mois de septembre 1833, elle entra dans les salles de M. Boyer, à l'hôpital des Vénériens, pour s'y faire traiter d'un écoulement blennorrhagique vaginal et de quelques végétations qui siégeaient sur la muqueuse vulvaire. Cette affection était récente, au dire de la malade, et lui avait été communiquée par son mari. Des applications émollientes furent faites, on excisa les végétations, et la malade sortit au bout de quelques semaines. L'écoulement n'était pas entièrement tari.

Deux mois après (29 octobre 1832), elle rentra dans le même hôpital (service de M. Cullerier). Son écoulement avait disparu; aucun symptôme ne se présentait du côté des organes génitaux; mais des signes d'une affection qui paraissait beaucoup plus grave, engagèrent à la garder dans l'hôpital. Un an avant sa première entrée à l'hôpital, et avant sa blennorrhagie, nous a dit cette femme, elle avait commencé à ressentir une fatigue générale dans tous les membres, fatigue que le moindre exercice augmentait considérablement. A ce sentiment pénible succédèrent des

douleurs, qui d'abord faibles et vagues, devinrent ensuite plus intenses ; et semblèrent se fixer principalement aux cuisses; elles en occupaient le centre, et delà se portèrent ensuite sur toutes les autres régions du corps. Lors de sa première entrée à l'hôpital, Joséphine Thévenot ne s'en plaignit pas. Du reste, elles étaient alors peu intenses, et lui permirent de faire un long trajet à pied pour entrer dans la maison. Mais après sa sortie, les souffrances augmentèrent. Plusieurs médecins lui dirent qu'elles étaient de nature syphilitique, et l'engagèrent à retourner à l'hôpital des Vénériens.

Quand elle suivit ce conseil (octobre 1833), les douleurs des cuisses étaient surtout beaucoup plus vives. Pendant les premiers temps de son séjour, la malade pouvait encore faire quelques pas en s'appuyant contre les murailles et les lits de la salle. Sa marche, qui était fort douloureuse, offrait cela de singulier que les genoux étaient fortement rapprochés l'un et l'autre, se heurtaient même dans le mouvement de progression; phénomène qui a été signalé dans les fractures des deux cols du fémur. Elle fut bientôt forcée de garder le lit. Les membres inférieurs n'offraient aucune mobilité anormale, aucun raccourcissement. Les membres supérieurs et le tronc jouissaient de toute leur mobilité ordinaire.

On crut à une affection de la moelle. Le traitement fut dirigé dans le sens de ce diagnostic. Il n'amena aucun soulagement. Les douleurs s'exaspérèrent au contraire. Le décubitus prolongé produisit une vaste escharre au sacrum et la malade fut emportée par le travail d'élimination et par la suppuration abondante qu'entraîna l'existence de cette escharre. Quatre jours avant sa mort, 29 mars 1834, en

voulant la remuer pour arranger le drap de son lit, sa cuisse gauche se fractura à son tiers moyen à peu près. Aucun appareil ne fut appliqué.

Autopsie. — L'embonpoint du cadavre était encore assez prononcé; une large escharre occupait la région sacrée, avait envahi une portion du sacrum et adhérait encore aux parties saines.

Les centres nerveux, examinés avec la plus grande exactitude, n'offraient la trace d'aucune altération.

Les organes respiratoire et digestif étaient parfaitement sains; ceux de la circulation étaient dans le même état.

Deux ou trois petites végétations siégeaient sur la muqueuse vulvaire. Du reste, les organes génitaux externes et internes ne présentaient aucune altération pathologique.

Les muscles avaient leur couleur ordinaire, n'étaient point amincis; un tissu cellulaire assez abondant et contenant encore une quantité notable de graisse les séparait et doublait la peau.

L'examen du système osseux m'offrit les dispositions suivantes :

Tous les os ont conservé leur volume normal; ils ne présentent aucun gonflement, aucune tumeur. Leur poids est singulièrement diminué (d'un tiers à peu près du poids ordinaire.) Ils sont plus flexibles que dans l'état normal. Toutefois ils se rompent aisément quand la courbure qu'on leur imprime devient trop prononcée. Il me fut facile, avec les plus légers efforts, de fracturer tous les os longs. Les fractures ainsi produites sont comminutives; les fragments présentent des aspérités nombreuses. Il semble que le tube osseux a été déchiré plutôt que rompu. Beaucoup de sang

s'écoula des surfaces fracturées. La fracture du fémur, produite pendant la vie, a les mêmes caractères.

Ce ramollissement et cette fragilité se rencontrent dans les os sans exception; mais surtout aux fémurs, aux os des jambes, du bassin et aux vertèbres. Le périoste qui recouvre ces os se détache avec une extrême facilité, et entraîne avec lui les prolongements qu'il envoie dans le tissu osseux, pour y accompagner les vaisseaux. En comprimant un de ces os, on en voit suinter le sang par une multitude de petites ouvertures. Les vaisseaux sanguins des os, ceux qui viennent des artères et des veines nourricières, comme ceux que le périoste leur envoie, ont un volume plus considérable.

Tous les os ont une couleur rouge très foncée. Le scalpel entame aisément leur tissu. Je n'ai point retrouvé cette prédominance de matières gélatineuses qu'ont signalée quelques auteurs qui ont décrit des os *carnifiés*. Il est évident que le phosphate calcaire est en proportion bien moindre; je m'en suis assuré par l'analyse. On pouvait le prévoir par la diminution de la pesanteur des os; le phosphate calcaire et les autres sels étant dans l'état normal, dans la proportion de 66,70 sur 100 (Berzélius).

Quand on a enlevé le périoste, on trouve une couche de tissu osseux d'une demi ligne d'épaisseur environ, qui semble presque réduite en poussière et désorganisée. Sous cette couche, le tissu osseux présente, dans les os longs surtout, une structure à fibres longitudinales, qu'on peut séparer, jusqu'à un certain point, du tissu cellulaire, et des vaisseaux; (ce qui semblerait confirmer l'opinion d'Albinus). La couche du tissu osseux qui est en contact avec la membrane médullaire est dans le même état que la couche interne.

La cavité médullaire des os longs est considérablement augmentée, au point que dans le milieu des fémurs le cylindre osseux conserve à peine une ligne d'épaisseur. Elle est remplie par une substance médullaire, très épaisse, semblable à de la bouillie, couleur lie de vin, et disprée par des granulations jaunâtres qui lui donnent l'aspect que présente l'intérieur du foie après certaines résorptions purulentes.

La membrane médullaire est infiltrée de sang, épaissie; elle se détache aisément du tissu osseux, et entraîne des filaments vasculaires adhérents au tissu osseux.

Dans les os courts, dans les extrémités des os longs, là où la membrane médullaire n'est plus représentée que par du tissu cellulaire, lamelleux, qui accompagne les vaisseaux sanguins, ces altérations sont moins prononcées.

Les deux cols du fémur ont entièrement disparu; ils ont été résorbés, et la tête de l'os ne tient plus au corps que par la capsule fibreuse articulaire.

Observation de spina bifida.

Par M. LEDISSEDER, interne à l'hospice des Enfants Trouvés.

Le 18 avril 1834, a été apporté à l'hospice des Enfants-Trouvés un enfant du sexe féminin, né la veille. Longueur 17 pouces; embonpoint marqué, teinte générale rosée, expression de face calme, naturelle. L'enfant suce le doigt avec avidité; le ventre est souple. La poitrine est bien conformée, sonore dans toute son étendue; la respiration est régulière, accélérée: 50 par minute. Les battements du cœur sont fort réguliers; 108 par minute.

A la partie postérieure et inférieure du tronc, sur la ligne médiane, existe une tumeur assez régulièrement arrondie, de deux pouces de diamètre, commençant près

qu'au niveau de la crête iliaque, et s'étendant jusqu'à l'origine du sillon qui sépare les fesses; elle prend une teinte violacée au centre. Cette tumeur est élevée de quatre lignes au dessus du niveau de la peau: elle est un peu aplatie dans son milieu; elle est molle, à parois assez minces. Sa surface est inégalement plissée, et on sent manifestement une fluctuation qui paraît due à la présence d'un liquide. La position, la respiration, les battements du cœur n'ont aucune influence sur le volume de la tumeur. La pression ne détermine aucun accident, ne fait point diminuer la tumeur ni soulever les fontanelles. A travers les parois on sent au fond un canal.

La sensibilité et la motilité sont les mêmes dans les membres inférieurs que dans les autres points du corps.

Le 19 avril, la tumeur prend une teinte rouge vers sa circonférence, son centre est couvert d'un liquide légèrement crèmeux, jaunâtre, peu abondant.

Le 20 la tumeur s'est vidée en partie; les langes sont imbibés d'un liquide incolore et sans odeur. La tumeur est revenue sur elle-même; les rides nombreuses qu'elle présente empêchent de distinguer l'orifice à travers lequel s'est épanché le liquide.

Le 21 pendant la journée d'hier, l'enfant a été très calme. Près la commissure des lèvres existent des points de muguet. Le ventre est légèrement tendu: diarrhée verdâtre. La tumeur s'est un peu agrandie, offre son plus grand diamètre transversalement; elle est rouge à sa circonférence. L'excoriation du centre présente une suppuration moins abondante, mais crèmeuse, d'une bonne nature.

Du 22 au 24 inclusivement, le muguet s'est propagé aux

deux joues. Quelques points se présentent à la langue, la bouche est toujours humide, la diarrhée persiste, le ventre est tendu, la peau est devenue chaude. La tumeur devient rouge et dure.

Le 25. Hier il y a eu des vomissements. Ce matin la face est pâle; elle présente des contractions momentanées des paupières gauches et des muscles de l'œil gauche qui est tourné en haut et en dedans. La commissure gauche des lèvres est tournée en dehors et en bas. Ces contractions instantanées se succèdent fréquemment au nombre de cinq à six, et se suspendent pour revenir à des intervalles irréguliers, et surtout quand l'enfant fait quelque effort pendant qu'on l'examine. Si on le laisse en repos, ces mouvements sont bornés à la face.

Les membres inférieurs sont souples; leur sensibilité est la même.

La tumeur est affaîsée; elle est devenue molle; son centre d'un brun noirâtre, présente des lambeaux gangrénés. La pression sur cette tumeur détermine les contractions de la face. Vomissements des boissons.

La respiration est fréquente; 80 par minute. La percussion est sonore, et l'auscultation donne les mêmes résultats que le premier jour.

L'enfant est mort une demi-heure après cet examen.

Autopsie 19 heures après la mort. — Tête. La cavité de l'arachnoïde ne contient ni pus, ni fausse membrane; il en existe au dessous d'elle, le long des anfractuosités; les sillons qu'il forme sont surtout apparens en arrière, et ne se prolongent pas sur les parties antérieures. Le cerveau n'a pas été ouvert. Le quatrième ventricule ne contient point de pus.

A la colonne vertébrale, les troisième et quatrième vertèbres lombaires sont ouvertes en arrière, ne présentent point d'anneau, non plus que le sacrum. Ces parties sont occupées par la dure-mère qui vient former une tumeur de laquelle partent les filets nerveux qui forment la queue de cheval. Ces filets sortent par les trous de conjugaison, et là ils se comportent comme dans l'état ordinaire. Dans la cavité de l'arachnoïde rachidienne se trouvent des fausses membranes jaunes, minces, molles, qui s'étendent jusque vers le trou occipital et ne le dépassent point. Ces membranes étant enlevées, le feuillet de l'arachnoïde incisé, on trouve audessous, entre lui et la pie mère, du pus jaune, peu consistant, qui se prolonge jusque dans les sillons des circonvolutions. La moelle ne paraît pas ramollie, les nerfs qui la terminent se séparent les uns les autres en entrant dans la tumeur; ils forment plusieurs faisceaux qui s'appliquent exactement contre ses parois et qui y sont adhérents. Cette cavité contient un pus brunâtre, extrêmement fétide, que fait écouler la pression ou la position déclive à travers une ouverture irrégulière formée par des lambeaux brunâtres fétides.

Plusieurs signes indiqués par les auteurs manquaient dans ce cas. Ainsi point de mouvemens isochrônes à ceux du cœur ou aux mouvemens inspiratoires; point de symptômes de compression cérébrale par la pression forte sur la tumeur. Je dois joindre à ce cas un autre fait du même genre: c'est celui d'un enfant de deux mois, fort, bien constitué qui présente aussi à la région lombaire une tumeur un peu plus volumineuse que la précédente, régulière, même arrondie, fluctuante, au fond de laquelle on sent les inégalités formées par la division des arcs posté-

rieurs des vertèbres. Cette tumeur est sans aucun changement de couleur à la peau, qui est épaisse et ne menace point encore de rupture prochaine. Cette tumeur n'éprouve, comme la première, aucun mouvement qui soit en rapport avec ceux du cœur ou avec ceux des poumons. La compression ne la réduit point; quand cette compression est forte, l'enfant pousse des cris, s'agite, mais point de convulsion, point de syncope. Les fontanelles ne sont point soulevées. Les membres enfin sont bien développés; la peau y jouit de la même sensibilité que dans les autres parties du corps; leur direction est naturelle.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

BULLETIN N° V. (NOUVELLE SÉRIE).

RÉDIGÉ

PAR M. BELL.

Vice-secrétaire.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société anatomique. (Mois d'Août).

Corps étrangers dans le pharynx. — Exostoses de nageoires et de vertèbres de poissons. — Anomalie des os malaïres. — Absence des os unguis. — Injection accidentelle des vaisseaux d'un caillot contenu au centre du cœur. — Insuffisance des valvules de l'aorte. — Oblitération incomplète du tronc brachio-céphalique. — Encéphaloïde de la cloison recto-vaginale. — Injection des lymphatiques de la peau et des muqueuses. — Anatomie de la peau de la patte d'un ours. — Fistule stercorale à travers le sacrum. — Anomalie dans le trajet de l'artère épigastrique. — Instruments pour la ligature des polypes et pour sonder le canal nasal. — Balle enkystée dans le poumon. — Fracture de l'avant-bras. — Staphylôme postérieur de la cornée. — Encéphaloïde du rein. — Abscès du cerveau. — Encéphaloïde de la base du crâne. — Hémorrhagie de l'ovaire. — Laryngite sous-muqueuse. — Inflammation pseudo-membraneuse de l'utérus. — Cicatrice d'une vaste ulcération de l'estomac. — Atrophie d'un hémisphère cérébral et cérébelleux. — Expérience sur la production des os. Luxation du coude en arrière. — Phlébite des veines iliaque et crurale. — Encéphaloïde d'un doigt. — Maladie de l'articulation scapulo-humérale. — Abscès par congestion comprimant la trachée et la bronche gauche. — Gangrène du poumon. — Anatomie de la région inguinale. — Aneurysme du tronc brachio-céphalique traité par la ligature. — Spina-ventosa du maxillaire inférieur d'une vache. — Etranglement interne. — Fracture du crâne. — Fracture avec perte de substance du pariétal gauche et lésion cérébrale, datant de plusieurs années.

Présidence de M. Cruveilhier.

M. Laurent, candidat pour une place de membre adjoint, lit une observation de *corps étranger extrait du pharynx*. Le sujet de l'observation était un enfant qui avala un fragment d'os plat de mouton, probablement d'omoplate. Le corps étranger resta cinq jours sans qu'on essayât de l'enlever. Lorsque M. Laurent fit des tentatives d'extraction, le gonflement des parties voisines était considérable ; il ne put que saisir l'extrémité supérieure du corps qui était triangulaire, sa base tournée en bas, son sommet en haut et en arrière. Il échappait au moindre effort. Le chirurgien imagina alors de le saisir avec de longues pinces courbes, et de lui faire décrire un mouvement de rotation de manière à substituer les bords aux angles, et réciproquement ; alors il n'y eut plus aucune difficulté. Le petit malade fut guéri sans accident au bout de trois jours.

M. Laurent présente une *exostose* volumineuse d'un rayon de nageoire de poisson. La tumeur a le volume d'une grosse noix. Elle est mamelonnée à la surface, et offre à son milieu la trace d'un rayon. La substance qui la forme est compacte, blanche, lisse et très dure. Son centre est occupé par une substance moins dense et imbibée de suc graisseux jaunâtre. — M. Laurent montre plusieurs autres exostoses plus petites, développées sur les apophyses des vertèbres d'autres poissons.

Le même candidat met sous les yeux de la Société une tête humaine sur laquelle on remarque une *division de chaque os malaire par une suture*. La même tête présente aussi une *absence complète des deux os unguis*. Le canal nasal existe. Cette absence des os unguis a déjà été signalée par Bertin et Portal. Verheyen a noté un fait justement contraire à celui-ci ; c'est-à-dire, que l'os unguis formait seul les parois du canal nasal, et qu'il descendait jusqu'à son ouverture inférieure, disposition qui se rencontre dans les singes : tandis que chez l'éléphant il y a un os unguis et point de canal lacrymal. M. Laurent conclut de tous ces faits que la présence des os unguis.

n'est pas liée à l'existence d'un appareil lacrymal. — M. Forget demande si la glande lacrymale existe chez l'éléphant. — M. Laurent répond que chez cet animal il n'y a point d'appareil sécréteur des larmes, et que ce fait a déjà été signalé par M. de Blainville dans son *Anatomie comparée*, que, du reste, les recherches qu'il a entreprises à ce sujet le portent à penser que les follicules sébacés, très nombreux et très développés chez ces animaux, suffisent pour humecter la conjonctive.

Au sujet de la division des os malaires, M. Lenoir observe que c'est un fait du plus grand intérêt pour la doctrine de l'unité de composition, et que son existence avait été niée par M. Cuvier. M. Laurent dit que M. Laurillard lui a montré d'autres exemples de cette anomalie qui existent au cabinet d'anatomie comparée du Jardin des Plantes, et qui proviennent de la collection de Gall.

M. Vernois rapporte qu'en injectant un sujet pour l'étude des artères, il a injecté les *vaisseaux développés dans un caillot contenu au centre du cœur*.

M. Brun présente un cas d'*insuffisance des valvules aortiques*. L'altération est surtout marquée dans deux valvules dont le bord libre est tendu comme une corde, et ne permet pas le renversement des valvules vers le centre du vaisseau. Sur le même sujet il y a oblitération presque complète du *tronc brachio-céphalique* dans toute son étendue, par un caillot fibrineux. On avait remarqué pendant la vie l'absence presque complète du pouls radial du côté droit.

M. Sonnié-Moret présente une *tumeur encéphaloïde développée dans la cloison recto-vaginale*. L'altération a envahi les parois du rectum et du vagin dans une petite étendue.

M. Marotte présente, au nom de M. Ricord, un *speculum à deux branches* de son invention. Son avantage principal est de porter à l'extrémité de chaque branche deux échancrures qui, en se réunissant forment un anneau, dans lequel on peut engager un fil propre à saisir les polypes du vagin ou du col de l'utérus.

M. Cruveilhier annonce à la Société que, faisant des recherches

sur des vaisseaux lymphatiques, il est parvenu à injecter les *lymphatiques superficiels de la peau*. Il suffit de piquer au hasard au dessous de l'épiderme, pour voir se former un réseau métallique des plus beaux, et pour qu'on ne puisse douter qu'il n'y ait là des vaisseaux lymphatiques injectés : M. Cruveilhier montre une pièce sur laquelle une injection faite sous l'épiderme du scrotum et du gland a pénétré dans les ganglions de l'aîne : on sait très distinctement le trajet du mercure qui remplit plusieurs vaisseaux lymphatiques. — M. Cruveilhier n'a pas éprouvé plus de difficulté pour remplir de métal les lymphatiques des membranes séreuses et muqueuses. Il est à croire que ce ne sont point les lymphatiques même de la séreuse qui sont apparents, mais bien ceux qui rampent au dessous de cette membrane. M. Cruveilhier rapporte aussi, qu'en piquant les os du crâne d'un jeune enfant, avec l'extrémité du tube à mercure, il a non seulement rempli tous les vaisseaux des os, mais encore ceux de la dure-mère, les sinus et tous ceux du cerveau.

M. Cruveilhier présente encore à la Société un morceau de *peau* de la patte d'un ours. La structure en est très remarquable. Sur le derme fort épais et fort dense s'implante une multitude de papilles semblables aux papilles filiformes de la langue. Elles sont revêtues d'une espèce d'épiderme taillé à facettes. Ces épidermes présentent parfaitement la disposition d'une fleur radiée. A leur sommet existe une dépression, peut-être est-ce un trou. M. Giraldès demande si les épidermes ne seraient pas formés par l'épiderme qui fournirait à chaque papille un petit tube particulier. M. Cruveilhier pense que telle est la disposition de l'épiderme dans ce cas.

M. Tonnelier présente à la Société un exemple de *fistule stercorale à travers le sacrum*. Le sujet qui la portait était un homme âgé de 34 ans. La maladie datait de l'âge de 8 ans. Elle avait débuté par une tumeur de la grosseur d'une noix, molle, fluctuante, sans changement de couleur à la peau, située à la région inférieure et postérieure du sacrum. Elle fut ouverte par l'instrument tranchant, et donna issue à un liquide purulent. La plaie resta fistuleuse et livra passage à du pus, jusqu'à il y a une dizaine d'années, que le

malade s'étant livré aux plus grands excès, s'aperçut que plusieurs abcès s'ouvrirent près de sa fistule, et qu'ils demeurèrent fistuleux. Il reconnut aussi qu'il s'échappait par ces plaies des gaz et des matières stercorales. Depuis il remarqua que la quantité de matières fécales qui passaient par la fistule ne devenait considérable que lorsqu'il éprouvait le besoin d'aller à la selle. Peu à peu la quantité des matières rendues par les fistules a augmenté, et celles qui passaient par l'anus ont diminué dans la même proportion. Depuis un an l'anus naturel a cessé de livrer passage à des matières stercorales. Elles sortaient complètement par la fistule. A l'autopsie, on vit que le tiers inférieur du sacrum était carié, et percé à jour dans l'étendue d'un ponce environ. L'ulcération de l'os ne paraît point bornée, et eût probablement fait de plus grands progrès si le malade eût vécu plus longtemps. A l'extrémité du rectum, à un ponce et demi ou deux ponces au dessus de l'anus, on trouve une solution de continuité de la paroi postérieure, occupant l'espace d'un ponce environ. Une fausse membrane paraît organisée et se continuer avec la muqueuse rectale; mais elle se perd près de l'os où on aperçoit seulement un détritus noirâtre dans lequel il est difficile de reconnaître des traces d'organisation. La cause de cette affection est inconnue; le malade interrogé ne put donner de renseignements à ce sujet.

M. Verpillat met sous les yeux de la Société une pièce d'anatomie sur laquelle on remarque une *anomalie dans la disposition de l'artère épigastrique*. Celle-ci, au lieu de suivre sa direction normale, se portait horizontalement en dedans, dans l'étendue d'un demi-pouce, une ligne environ au dessus de l'arcade crurale. Elle traversait la bandelette ilio-pubienne, une des gaines du ligament rond, ressortait après un trajet de trois lignes en traversant de nouveau, en sens inverse, la bandelette ilio-pubienne, et reprenait son trajet normal, de sorte que, dans ce cas, s'il y eût eu hernie crurale, un débridement dirigé obliquement ou directement en haut eût exposé à léser l'artère. De plus, dans ce cas, une hernie inguinale directe aurait encore eu l'artère au côté interne du collet du sac,

et un débridement, en ce sens, eût pu avoir un résultat fâcheux.

M. Verpillat présente encore un *instrument de son invention, pour la ligature des polypes du nez ou de l'utérus*. Il le nomme *Porte Serre-nœud*. Cet instrument consiste en une canule de cinq pouces de long, contenant, dans son intérieur, un mandrin quadrilatère divisé en deux parties qui s'écartent par élasticité, et déploient une anse de fil avec laquelle on embrasse le polype. Par le moyen d'une roue d'engrénage, on serre le fil, et l'instrument laissé en place peut servir de serre-nœud.

Enfin, le même candidat présente à la Société un *instrument pour faire des injections dans le canal nasal*. Cet instrument consiste en un mandrin semblable à celui de M. Gensoul, auquel il ajoute une petite sonde de gomme élastique. Il introduit le mandrin ainsi armé jusque sous le cornet inférieur; puis, au lieu de faire exécuter à son instrument le mouvement de bascule, il fixe le mandrin et fait exécuter à la sonde des mouvements de rotation, de façon à la faire pénétrer un par mouvement de vrille. L'auteur trouve à cet instrument l'avantage de pénétrer sans violence et sans douleur, et de pouvoir être laissé à demeure.

M. Martel, candidat pour une place d'adjoint, fait voir à la Société un cas de *balle logée, depuis vingt-cinq ans, dans le poumon gauche*. Cette balle avait d'abord fracassé la tête de l'humérus, puis avait pénétré en dehors et en haut de la mamelle et s'était logée dans la poitrine. L'état de l'humérus avait nécessité la désarticulation qui avait parfaitement réussi. La plaie de la poitrine s'était guérie en peu de temps. Le malade était resté sujet à des accès de suffocation et à des hémoptysies abondantes auxquelles il succomba. A l'autopsie, on trouva la balle derrière le troisième espace intercostal, au milieu du tissu pulmonaire adhérent dans ce point aux troisième et quatrième côtes. Elle était placée dans une espèce de caverne, anfractuueuse, qui communiquait avec les bronches. Il y avait également dilatation des bronches. La cavité glénoïde gauche était devenue convexe dans sa partie articulaire.

M. Nivet, candidat pour une place d'adjoint, lit un travail intitulé : *Recherches microscopiques et chimiques sur le sang*. Le même candidat présente un cas de *fracture de la partie moyenne des deux os de l'avant-bras* chez un jeune enfant. La fracture date de vingt jours. Il y a coaptation parfaite des fragments. A peine si l'on aperçoit une trace de virole autour des parties fracturées.

M. Sichel, candidat pour une place de membre-adjoint, présente à la Société des pièces et des dessins relatifs au *staphylome postérieur de la sclérotique*. Il conclut de ses recherches que le staphylome dépend de l'adhérence des membranes de l'œil entre elles, et du ramollissement du tissu fibreux de la sclérotique. Pour lui, c'est là la seule manière dont il conçoit que puisse s'effectuer la déformation, contrairement à l'opinion de Jacobson et de Mirault, qui la font dépendre de l'accumulation de l'humeur placée entre la choroïde et la sclérotique.

M. Mirault, d'Angers, répond qu'il n'a jamais pensé que l'accumulation de l'humeur placée entre les membranes de l'œil pût amener le staphylome postérieur de la sclérotique; et il lit, à ce propos, quelques passages du mémoire qu'il a publié, en 1833, dans les *Archives générales de médecine*. Il résulte de cette lecture, que M. Mirault attribue le staphylome au ramollissement partiel de la membrane fibreuse de l'œil; et qu'il regarde l'accumulation du liquide inter-membraneux comme un simple épiphénomène, commun à plusieurs maladies de l'organe de la vue. M. Sichel reconnaît s'être trompé relativement à l'opinion qu'il avait attribuée à M. Mirault. Il n'en lira pas moins dans une prochaine séance un travail dans lequel il réfute les idées de Jacobson sur la cause du staphylome postérieur, et cherche à démontrer plusieurs faits peu connus jusqu'à ce jour.

M. Tessier présente une *tumeur encéphaloïde du rein gauche* : au centre existent plusieurs collections de sang coagulé à différents degrés de décoloration. La veine rénale est oblitérée à son embouchure à la veine cave par du sang décoloré en certains points, que M. Tessier regarde comme converti en tissu encéphaloïde. Il a vu

sur une série de pièces, que l'encéphaloïde du rein pouvait procéder d'une hémorrhagie entre la substance corticale et la membrane fibreuse. Il fait observer que la circulation dans le tissu encéphaloïde est tout entière de nouvelle formation, qu'elle est centrale, et que les communications avec le système aortique sont primitivement d'une ténuité capillaire : qu'en un mot, on peut comparer le développement de la circulation d'une tumeur encéphaloïde à celui du placenta. Il pense que, dans toutes les productions accidentelles, la circulation affecte la même disposition. La plupart de ces idées sont combattues par M. Bérard jeune, comme n'étant pas justifiées par les pièces présentées par M. Tessier. Celui-ci annonce qu'il fera de ces propositions l'objet d'un travail étendu.

M. Tessier fait voir, sur une lame de verre, un *caillot sanguin trouvé entre les deux feuilleta de l'arachnoïde cérébrale*. Sur la couche extérieure du caillot, qui offre encore tous les caractères du sang coagulé, il fait remarquer un grand nombre de groupes vasculaires de nouvelle formation : ces vaisseaux semblent partir d'un centre et s'arboriser en gagnant la périphérie.

Sur les parois du *kyste d'un abcès du cerveau* que présente le même membre, on voit une disposition vasculaire analogue, avec cette différence qu'il existe, entre la circulation du kyste et la circulation générale, des communications très apparentes.

M. Tessier présente encore une *tumeur rencontrée à la base du crâne*, chez une femme chez laquelle existait une *hémiplegie incomplète du côté gauche*. La tumeur comprimait la partie droite de la protubérance. Elle est formée par un lacis de vaisseaux très développés, entre lesquels se trouve déposée une matière peu consistante, que M. Tessier regarde comme grasseuse, stéatomateuse ; mais que MM. Bérard jeune et Cruveilhier n'hésitent pas à considérer comme de nature encéphaloïde.

Enfin, M. Tessier met sous les yeux de la Société une pièce représentant une *hémorrhagie dans la substance de l'ovaire*. Le même organe contient un kyste peu volumineux. M. Tessier voit dans les hémorrhagies le point de départ des tumeurs enkystées de

l'ovaire si fréquentes chez les femmes. Il partage l'opinion de M. Duplay qui, dans un mémoire inséré dans les *Archives générales de médecine*, a considéré l'hémorrhagie ovarique comme très commune et comme coïncidant avec des lésions de la menstruation.

M. Vernois présente un cas de *laryngite sous-muqueuse*, siégeant au dessous de la glotte. La muqueuse est intacte; le cartilage cricoïde, dénudé et altéré, est entouré de pus. Le tissu cellulaire sous-muqueux est détruit dans une assez grande étendue, de sorte que la muqueuse est soulevée. Le sujet chez lequel on a trouvé cette altération était une femme de 24 ans, qui éprouva de la dyspnée, de la difficulté à avaler, de la douleur par la pression à la région du larynx. Il y avait expectoration puriforme. Elle succomba le cinquième jour dans un accès de suffocation.

M. Vernois présente aussi la *matrice* d'une femme de 76 ans, chez laquelle on n'observa point de symptômes vers l'utérus. Mariée trois fois, elle n'eut jamais d'enfants. Le corps de la matrice est volumineux; son intérieur est revêtu par une fausse membrane que MM. Vernois et Cruveilhier regardent comme le produit d'une inflammation, occasionnée probablement par la présence de corps fibreux assez nombreux à la surface externe et dans le corps de l'organe. M. Bérard jeune ne partage pas cette manière de voir. Il ne trouve pas, à la surface interne de l'utérus, de traces d'inflammation. M. Vernois fait remarquer, au contraire, qu'elle est inégale, chagrinée, et présente dans plusieurs points des espèces de petites végétations. Ces caractères lui semblent suffisans pour admettre une inflammation chronique de la surface interne de l'utérus. M. Cruveilhier partage entièrement cette manière de voir.

M. Coymès présente, au nom de M. Rochoux, un cas de *cicatrice partielle d'une ulcération de la paroi supérieure de l'estomac*. Cette paroi est remplacée par le foie, dont la membrane fibreuse est épaissie et comme lardacée. La perte de substance de la paroi stomacale a environ deux pouces d'étendue. Autour d'elle se trouve une surface chagrinée, mamelonnée. L'œsophage, l'estomac, le duodénum et une partie de l'intestin grêle sont colorés en rouge foncé

Le malade était sujet à des vomissements noirs qui avaient fait penser à un cancer de l'estomac. Il a succombé à une hématomérose. C'est un nouvel exemple à ajouter à ceux que M. Cruveilhier a déjà présentés à la Société.

M. Saint-Yves, candidat pour une place de membre-adjoint, met sous les yeux de la Société un cas d'*atrophie d'un hémisphère cérébral*. Il n'a guère que les deux tiers du volume de l'hémisphère opposé. Les circonvolutions sont aplaties, minces et très endurcies. L'hémisphère cérébelleux du côté opposé est également atrophié. La malade, âgée de 36 ans environ, était épileptique, et depuis quelques années était tombée dans l'imbécillité : elle avait été également depuis plusieurs années sujette à des accès de folie qui duraient peu de temps.

M. Heine, médecin allemand, démontre à la Société le mode d'action d'une *scie* de son invention, et met sous les yeux des assistants des pièces relatives à la *reproduction des os*. Il a remarqué que les plaies des os du crâne qui affectent une forme angulaire, guérissent beaucoup plus facilement que les plaies circulaires : les pertes de substance longitudinales lui paraissent également les plus favorables pour leur oblitération complète. M. Heine montre un grand nombre de pièces à l'appui de sa manière de voir. Il a fait ses essais sur des chiens. Sur aucune pièce il n'y a oblitération complète de l'ouverture accidentelle, mais seulement affaissement des bords et production d'une membrane de nouvelle formation qui est très mince et translucide. M. Heine a tenté la réunion complète de fragments osseux tout à fait séparés, puis remis en place. Il n'a pu, dans aucun cas, obtenir cette réunion directe. Sur un chien chez lequel il avait séparé une portion de côte, il a obtenu un cal osseux, à l'une des extrémités, et une fausse articulation à l'autre. Il a essayé des résections articulaires, et n'a jamais eu pour résultat un cal osseux, mais bien une fausse articulation. Entre autres expériences, M. Heine a pratiqué la résection de la tête du fémur et de la cavité cotyloïde : les animaux ont très bien guéri.

M. Verpillat, candidat pour une place d'adjoint, lit un travail intitulé : *Description succincte d'une nouvelle méthode d'opérer la hernie crurale*.

M. Thomson, candidat pour une place d'adjoint, fait la démonstration d'une pièce sur laquelle existe une *hernie crurale*. M. Thomson pense qu'on a jusqu'à présent mal décrit la position véritable de la hernie crurale et les différents *fascia* qui l'enveloppent. Il développera ses idées dans un travail qu'il présentera incessamment.

M. Boudrie montre des pièces qu'il a trouvées sur un homme qui a fait une *chute* d'une hauteur de 45 pieds. Le côté droit ayant seul porté, les lésions existent de ce côté. Il y a luxation du coude en arrière, avec déchirure partielle des muscles de la partie antérieure. Les vaisseaux et nerfs, loin d'être tirillés, sont dans le plus grand relâchement. Il y a aussi fracture de l'extrémité inférieure du radius, et luxation de l'extrémité inférieure du cubitus, avec issue des os. Il existe une fracture du col chirurgical de l'humérus. Le calcanéum présente une fracture incomplète de son corps : son tubercule interne et la petite tubérosité sont séparés du reste de l'os. Les neuf côtes inférieures sont broyées, réduites en esquilles dans leur tiers moyen. L'apophyse transverse de la première vertèbre lombaire est également brisée.

M. Tessier présente une *inflammation des veines crurales et iliaques*. Elle s'était développée chez une femme affectée de syphilis constitutionnelle, et de larges et nombreuses ulcérations sur toute la surface du corps. La phlébite n'avait donné lieu à d'autre symptôme qu'à un œdème du membre inférieur gauche. La veine iliaque est oblitérée par une fausse membrane à son embouchure dans la veine cave. Toute communication est impossible entre les deux veines.

M. Tessier présente encore une *tumeur encéphaloïde développée au doigt indicateur gauche* chez une femme de 65 ans. Il y a seize ans que parut, sans cause connue, une tumeur à la face palmaire de la première phalange du doigt indicateur gauche. En quelques mois elle acquit un volume considérable ; elle resta indolente et fort dure pendant plus de seize ans : elle paraissait adhérente aux os. Quinze jours avant l'entrée de la malade, à la suite d'une simple

piqûre d'aiguille, il survint une hémorrhagie que rien ne put arrêter d'abord. Un médecin appliqua un caustique qui la fit cesser ; l'escharre se détacha au bout de douze jours. L'ulcération qui suivit sa chute prit les caractères de l'ulcération cancéreuse. M. Sanson, qui voyait la malade, se décida à enlever le doigt indicateur avec le tiers inférieur du second os métacarpien. La matière encéphaloïde forme une tumeur de la grosseur d'un petit œuf, et non adhérente aux os.

M. Vernois présente un cas d'abcès dans la fosse sous-scapulaire, communiquant avec l'articulation de l'épaule par l'ouverture que le ligament présente à sa partie interne pour le passage du tendon du muscle sous-scapulaire. Les cartilages articulaires sont presque entièrement détruits. Le pus s'est également fait jour par l'ouverture destinée au passage du tendon de la longue portion du muscle biceps et s'est placé sous le deltoïde qui est profondément altéré. Il est probable que la maladie a commencé par l'articulation, et que la suppuration s'est fait jour par les deux points que j'ai indiqués. — Le même individu présentait une fistule au niveau de la quatrième côte. Celle-ci était cariée superficiellement. Pendant la vie de ce malade, on avait remarqué du souffle fort intense au-dessous de la clavicule gauche : on ne savait à quoi l'attribuer, l'état du poumon paraissant à peu près normal. A l'autopsie on trouva la trachée et la bronche gauche comprimées par un abcès considérable dépendant du corps de plusieurs vertèbres cervicales. La moelle épinière était intacte. — Enfin on rencontra chez le même sujet un séquestre logé dans le tiers moyen du tibia. Cet os était gonflé dans toute son étendue, surtout au niveau du séquestre. Il n'existait point de fistules, quoique l'os mort fût compris dans un tissu osseux. Autour de lui les mailles osseuses étaient infiltrées de pus verdâtre.

M. Hache présente à la société un cas de double caverne gangréneuse du poumon. Cet organe est réduit en une espèce de puitslage infect.

M. Thomson, candidat pour une place de membre adjoint, lit un travail fort étendue sur l'anatomie de la région inguinale.

M. Boinet lit une observation d'anévrysme du tronc brachio-céphalique.

lique, pour lequel on pratiqua la ligature de la sous-clavière par la méthode de Brasdor. Le malade mourut par suite de suffocation un mois après l'accident.

M. Laurent met sous les yeux de la Société une *mâchoire de vache*, trouvée par M. Emm. Rousseau. Elle présente un *gonflement très grand de la substance osseuse* de la branche horizontale de la mâchoire. Le tissu osseux est mince et raréfié ; la partie osseuse a presque disparu ; à sa place existe une cavité assez vaste. C'est l'altération désignée par les auteurs sous le nom de *spina-bifida*, et qui consiste en des tumeurs cancéreuses ou fibreuses des parties profondes des os. — M. Tessier a rencontré la même altération dans le même point du maxillaire chez un cheval et chez un lièvre.

M. Brun présente un cas d'*étranglement interne* causé par une double bride partant de la face postérieure de la matrice, et allant se fixer au péritoine qui revêt la face antérieure du sacrum. Une anse complète d'intestin s'était engagée dans l'espèce d'anneau formé par la double bride. Les symptômes de l'étranglement avaient été des plus intenses, et cependant l'anse intestinale étranglée n'était que peu altérée.

M. Desprez présente un *caillot sanguin volumineux trouvé à la partie antérieure du lobe gauche du cerveau*, chez un malade qui avait fait une chute d'un lieu assez élevé. Il y eut du délire, de la loquacité, mais point de paralysie. Le malade mourut le troisième jour. Outre le volumineux caillot dont nous venons de parler, il y avait une assez grande quantité de sang dans la cavité arachnoïdienne. Le cerveau était affaissé au niveau du caillot : il y avait fracture de la voûte orbitaire. Le rocher du côté droit était fracturé à sa base. Le même individu avait des deux côtés des fractures de l'extrémité inférieure du radius et de l'apophyse styloïde du cubitus.

M. Tessier fait remarquer la rougeur et l'injection prononcée de la pie-mère, qu'il regarde comme un des signes de l'inflammation de cette membrane. M. Cruveilhier ne partage pas cette manière de

voir : il pense que cette rougeur peut tenir à l'exposition de la partie à l'air depuis un temps assez long.

M. Pigné fait voir la *voute du crane* et une portion du *cerveau* d'un individu sur lequel il n'a pas de renseignements, sinon que trois mois avant sa mort, il eut des symptômes de *méningite*, d'abord aiguë, puis chronique. L'autopsie montra dans l'hémisphère gauche, au niveau de l'angle antérieur et inférieur du pariétal gauche, une caverne communiquant avec le ventricule latéral par une petite ouverture arrondie ; elle n'était séparée de la surface de l'hémisphère que par une épaisseur d'une ligne de la substance cérébrale : elle était tapissée par une fausse membrane, lisse et résistante, et contenait un liquide transparent. La dure-mère était fort adhérente aux os, qui étaient très épais. Ce pariétal offrait une ouverture irrégulièrement arrondie, d'environ un ponce de diamètre. A son niveau la dure-mère adhérait au péricrâne : on voyait à la peau une cicatrice linéaire adhérente aux parties sous-jacentes. Enfin dans une espèce de dépression rugueuse du pariétal placée sur le côté de l'ouverture dont nous parlons, se trouve de la substance cérébrale en contact avec les os, sans qu'on puisse reconnaître aucune membrane qui l'en sépare.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

BULLETIN N° VII (NOUVELLE SÉRIE).

RÉDIGÉ

PAR M. CHASSAIGNAC,

Vice-Secrétaire.

Abcès des vertèbres dorsales. — Fausses membranes articulaires. — Résorption des cartilages d'encroûtement. — Couches osseuses de nouvelle formation dans la tumeur blanche. — Altération particulière du cartilage épiphysaire dans la tumeur blanche des enfants. — Gangrène sénile coïncidant avec phlegmasie artérielle; autre gangrène paraissant spontanée. — Fracture à la base du crâne avec lésions multiples des organes encéphaliques. — Ramollissement du cerveau et dilatation variqueuse d'un sinus de la dure-mère. — Hypertrophie du cœur avec conversion du tissu charnu en tissu fibreux. — Anévrysme de la première courbure de l'aorte avec perforation imminente de la trachée. — Hypertrophie du cœur avec dilatation. — Considérations sur l'hypertrophie concentrique. — Encéphaloides du poumon; réflexions sur leur coexistence avec celles du testicule. — Cancer de l'œsophage envahissant la trachée. — Épanchement sanguin dans la capsule de Glisson. — Infiltration sanguine sous-muqueuse ayant son point de départ dans une plaque de Peyer ulcérée. — Cancer de la petite courbure de l'estomac avec rétrécissement des deux orifices cardiaque et pylorique. — Cloison du vagin simulant un vagin double. — Abcès des parois abdominales à trajet très compliqué. Interruption du canal de l'urètre, et traitement de la fistule urétrale. — Matière tuberculeuse contenue dans les trompes utérines.

Présidence de M. Cruveilhier.

M. Després présente deux vertèbres dorsales, siège d'une altération particulière, recueillies chez une femme de 75 ans qui a succombé à un hydrocéphale aigu, et qui dans les derniers temps de sa vie, se plaignait de douleurs à la région du dos. Les deux vertèbres sont dans un état de ramollissement avec infiltration de pus dans leurs cellules et érosion des faces par lesquelles elles se correspondent. Ces deux vertèbres, à moitié détruites, formaient en haut et en bas les parois d'un foyer purulent qui remplaçait la substance des intervertébrales. Cette lésion, assez curieuse sous le rapport de l'âge de la femme sur laquelle elle a été recueillie, était encore parfaitement circonscrite. Aucun autre foyer purulent n'a été rencontré dans les autres parties du corps ; seulement les ganglions abdominaux étaient indurés.

M. Nélaton montre l'extrémité inférieure d'un fémur recueilli chez un enfant qui offrait une *tumeur blanche du genou*, et qui avait encore un cartilage épiphysaire très-épais à l'extrémité inférieure du fémur. M. Nélaton présente cette pièce comme un exemple de ce que plusieurs auteurs désignent sous le nom d'*ulcération des cartilages*. Le cartilage d'encroûtement, qui est détruit en grande partie, et qui semble être résorbé par ses deux surfaces à-la-fois, conserve, dans les parties qui n'ont pas encore disparu, l'aspect blanc qui le caractérise dans l'état normal. Il est recouvert par une membrane granuleuse ayant à-peu près une ligne d'épaisseur, et qui pourrait, au premier abord, être prise pour une synoviale épaissie et enflammée. M. Nélaton ne la regarde que comme une exsudation membraneuse organisée et de nouvelle formation. C'est aussi l'opinion de M. Cruveilhier, qui rappelle qu'à l'époque où il éleva des doutes sur la présence de la synoviale sur les cartilages, on lui présenta comme objection des pièces de la nature de celle que M. Nélaton a remise.

M. Nélaton fait observer sur la même pièce un accroissement notable dans le volume de l'extrémité osseuse du fémur au-dessus du cartilage épiphysaire ; cet accroissement est dû à la formation de lames osseuses nouvelles extrêmement vasculaires, offrant des conduits

nourriciers très nombreux et un aspect inégal et comme granuleux à la surface libre ou périostale, tandis qu'à leur surface profonde, elles peuvent être complètement isolées de la substance osseuse primitive qu'elles emboîtent à la manière d'un étui.

Une autre circonstance assez remarquable, qui a été signalée par M. Nélaton, c'est la présence au sein du cartilage épiphysaire, de petites vésicules remplies d'une substance comme albumineuse ; ces petites vésicules communiquaient avec des vaisseaux émanés de l'extrémité osseuse ; et qui parcouraient un trajet plus ou moins long dans le cartilage épiphysaire.

M. Robert communique à la société une observation de *gangrène sénile de la main*, observée chez une femme de 65 ans. La malade éprouvait dans le bras, depuis plusieurs mois, des fourmillements auxquels succédaient des douleurs très-vives qui se faisaient surtout sentir à l'extrémité des doigts. Ces douleurs s'accompagnèrent bientôt d'un léger œdème de la main, et une corde dure se dessina dans le trajet de l'artère brachiale jusqu'au creux de l'aisselle. Une saignée fut pratiquée ; mais la gangrène se propagea ; de l'engouement pulmonaire surgit, et la malade mourut.

A l'autopsie, on trouva le tronc brachio-céphalique droit plus petit que l'ordinaire ; la sous-clavière était oblitérée par un caillot qui contenait du pus à son centre. Les veines étaient parfaitement saines ; elle renfermaient un sang noir, fluide. La partie supérieure de l'artère présentait des traces d'inflammation consistant dans la rougeur et l'injection de l'artère, ainsi que dans l'adhésion du sang coagulé à ses parois.

M. Cazalis a récemment observé à l'Hôtel-Dieu une *escharre de la plante du pied* chez un vieillard de 79 ans. Il y avait ecchymose et injection du membre abdominal ; la plante du pied malade était froide et violacée ; une escharre s'y forma peu de temps avant la mort.

A l'autopsie on a trouvé du liquide dans toutes les séreuses ; la presque totalité des artères étaient ossifiées ; il y avait une dilatation de l'aorte. Aucune trace de caillot n'a été rencontrée dans les artères.

M. Ruz a observé dernièrement, dans le service de M. Velpeau, une *gangrène des doigts*. A l'ouverture du cadavre, on n'a trouvé aucune trace ni d'inflammation, ni d'oblitération des artères: la cubitale contenait seule un petit caillot.

M. Tessier présente des altérations anatomiques trouvées sur le cadavre d'un homme qui a succombé deux jours après une *chute sur la tête*. Dans les deux jours qui précédèrent la mort, on observa des mouvements automatiques à gauche, et de la paralysie avec rigidité à droite. A l'autopsie on a trouvé : 1° une fracture qui de la petite aile droite du sphénoïde, s'étendait jusqu'au trou occipital en comprenant dans son trajet le corps du rocher; 2° Un épanchement sanguin diffus siégeant à la base du crâne; 3. Une contusion de l'hémisphère droit du cervelet; contusion siégeant, par conséquent, du même côté que la paralysie; 4° Enfin une contusion siégeant à la partie antérieure de l'hémisphère gauche du cerveau.

M. Lediberdère présente un *ramollissement de la totalité de l'hémisphère gauche du cerveau* chez un enfant de trois jours qui a été trouvé mort dans le lieu destiné à l'exposition des enfants. On remarque les lésions suivantes : au milieu de l'hémisphère gauche existe une masse assez considérable de substance cérébrale mélangée et comme triturée avec du sang, présentant, en un mot, les caractères d'une contusion du cerveau ou d'un ramollissement rouge de sa substance. Le sinus latéral droit offrait une dilatation tellement considérable, et il remontait au-dessus du niveau du sinus opposé, dans une étendue telle, qu'on a cru d'abord à l'existence d'un large épanchement sanguin; mais on s'assura que partout le sang était entouré par une membrane lisse qui n'est autre chose que la membrane interne du sinus.

M. Reignier présente une *hypertrophie du ventricule gauche du cœur*, recueillie sur le cadavre d'une femme chez laquelle on avait observé des étouffements ainsi que des battements assez réguliers, très-sourds, très-faibles, et sans bruit anormal. Cette femme expira subitement. A l'autopsie, on trouve la membrane interne du ventricule gauche convertie en une lame très-dense d'un tissu blanchâtre, de

nature fibreuse, et qui dans quelques endroits, a près d'une ligne d'épaisseur. Le sommet du cœur, dans une étendue de plusieurs pouces, offre une consistance qui n'a rien d'analogue avec celle des ventricules gauches les plus compacts et les plus fermes ; ici le tissu du cœur était coriace, filandreux, semblant résulter d'un mélange de tissu musculaire et de tissu fibreux avec prédominance de ce dernier, on ne pouvait déchirer le tissu qu'avec beaucoup de difficulté.

M. Delmas, sous-aide aux Invalides, soumet à l'examen de la Société anatomique un *anévrisme* très volumineux de la première courbure de l'aorte. A deux pouces à-peu-près au-dessus de son origine ce vaisseau présente une vaste ampoule ayant son plus grand diamètre dirigé transversalement, et formant une tumeur considérable dans la cavité du thorax. La dilatation de l'artère porte spécialement sur la partie située à la droite des gros troncs fournis par la deuxième courbure de l'aorte. A la partie latérale droite et antérieure de la tumeur anévrysmale, on trouve un prolongement comme vasculaire qui a été divisé dans l'autopsie, et qui reste pendant à la partie antérieure de la tumeur. L'extrémité adhérente de ce prolongement se confond avec les parois de la poche d'une manière tellement intime, qu'elle semble y prendre naissance. Ce prolongement, creux dans son intérieur et comme tapissé au-dedans par la membrane interne du système veineux, peut être considéré comme étant un reste de la veine sous-clavière droite, qui comprimée par le développement progressif de la tumeur, aurait fini par s'incorporer aux parois de l'anévrysme en s'oblitérant près du lieu où elle se porte à la veine cave supérieure. Il a été impossible d'établir d'une manière positive si telle était en effet la véritable nature du prolongement dont nous venons de parler.

Du reste, la poche anévrysmale remplissait tout le diamètre antéro-postérieur du thorax vers le sommet : de telle sorte qu'en avant, la tumeur commençait à pénétrer dans le deuxième espace intercostal, et devenait bientôt sous-cutanée, tandis qu'en arrière elle était sur le point de se faire jour dans la trachée qui portait les traces évidentes d'une rupture assez prochaine.

M. Ribes présente un *cœur avec dilatation et hypertrophie*, recueilli chez un malade qui a succombé avec des symptômes apoplectiformes, mais chez lequel on n'a trouvé aucune trace d'hémorrhagie cérébrale ; seulement il existait un état de congestion caractérisé par la plénitude des sinus et des principales veines encéphaliques, ainsi que par l'état fortement piqué de la substance médullaire. — M. Ribes rapporte avoir observé il y a peu de temps un cas absolument semblable, et par les symptômes avant la mort, et par les caractères anatomiques. Chez ces deux sujets et chez plusieurs autres dont quelques membres de la Société, et notamment M. Cazeaux, rappellent succinctement l'histoire, il n'y a donc eu aucune cause immédiate appréciable de mort, puisque la dilatation avec hypertrophie du cœur, et un état modéré de congestion, ne sont pas des lésions anatomiques suffisantes pour expliquer la mort. C'est qu'en effet, ainsi que le remarque M. Cruveilhier, une particularité des dilatations avec hypertrophie du cœur, est de causer la mort par elles seules et sans autres lésions appréciables. Cette particularité est une des différences les plus caractéristiques qui les distinguent des hypertrophies appelées *concentriques*. Ces dernières, du reste, ne sont, pour M. Cruveilhier, que des hypertrophies sans dilatation ; car, en tant qu'il y aurait hypertrophie du cœur avec rétrécissement organique de ses cavités, M. Cruveilhier en conteste formellement l'existence : il estime que la véritable nature de ces hypertrophies concentriques a été mal interprétée ; que ce sont des rétractions, des retours du cœur sur lui-même, mais non des rétrécissements organiques permanents.

M. Ribes présente des *encéphaloides* développées dans le *poumon* d'un vieillard qui a succombé aux Invalides après avoir éprouvé, il y a 8 mois, une suffocation qui fut suivie d'infiltration des membres inférieurs. Cet homme, qui avait subi une amputation de cuisse à la bataille de Wagram, avait toujours joui depuis d'une bonne santé ; étant livré depuis quelques années à la profession de cardeur de laine, il éprouvait depuis cette époque une toux sèche, intermittente, qui s'exaspérait beaucoup quand il cardait du crin, et qui diminuait

quand il cardait de la laine. Les encéphaloïdes dont était farcie la substance pulmonaire, offraient le suc lactescent qu'on y rencontre toujours; elles offraient en outre ceci de fort rare qu'elles contenaient des concrétions non pas crétacées, mais véritablement ossiformes et semblables à des esquilles.

M. Bérard demande s'il y avait chez cet homme quelque altération du testicule qui fût de nature à y faire soupçonner l'existence d'un cancer.

Au sujet de la coexistence des encéphaloïdes du poumon avec celles du testicule, M. Chassaiguac rappelle une observation très curieuse de H. Earle, insérée dans les *London medico-surgical Transactions*, t. III, p. 59.

Le sujet de cette observation était un enfant d'un an et 9 mois, qui à l'âge d'un an ayant eu le testicule gauche pincé par sa sœur, fut pris de douleur, puis d'un gonflement tel que la tumeur finit par atteindre jusqu'au condyle interne du fémur. Le cordon ayant paru conserver son intégrité, H. Earle pratiqua l'opération au dixième mois de la maladie. La tumeur était de nature encéphaloïde, le cordon parfaitement sain. La cicatrisation fut parfaite au bout de six semaines; mais trois mois après, l'enfant ayant succombé, on trouva dans le cerveau et dans les poumons plusieurs tumeurs présentant un tissu uni, serré, laissant écouler par la pression une petite quantité de fluide lactescent, offrant une apparence fibreuse semblable à celle d'un cerveau ferme disséqué ou déchiré avec le manche d'un scalpel. Du côté du testicule enlevé on pouvait suivre une *traiñée de glandes engorgées, s'étendant le long de l'aorte depuis le bassin jusqu'au diaphragme*.

M. Vernois présente un *cancer* siégeant à la partie supérieure de l'*œsophage*, à très peu de distance au dessous du larynx, et qui néanmoins n'avait formé au col aucune tumeur appréciable pendant la vie. La paroi postérieure de la trachée était déjà envahie par les progrès de l'altération.

M. Lebiderdère présente un *épanchement sanguin* siégeant à la face inférieure du foie chez un enfant. Cet épanchement est situé près du bord antérieur de l'organe, entre la substance du foie et la capsule de Glisson.

M. Cazeaux présente les *intestins* d'un homme qui a succombé avec des symptômes d'*étranglement interne*, le jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu. Dans une étendue assez considérable de l'intestin grêle, au-dessus de la valvule iléo-cœcale, il s'était formé une *infiltration sanguine* dans le tissu cellulaire sous-muqueux. M. Cazeaux assigne pour point de départ à cette hémorrhagie une *ulcération intestinale* siégeant dans une plaque de Peyer. Dans l'état où se trouve actuellement la pièce anatomique, on remarque une petite ouverture de l'intestin située dans une des aréoles les plus profondes de la plaque malade, c'est-à-dire dans un des points où les tuniques intestinales étaient le plus amincies. On n'a du reste trouvé aucune trace de péritonite ni d'épanchement.

M. Vernois présente un *cancer du pylore* qui n'avait pas été diagnostiqué. La malade, sur laquelle a été recueillie cette pièce, a succombé à un ramollissement du cerveau ; elle n'avait jamais eu de vomissements. Le pylore présente l'altération désignée sous le nom de *cancer gélatiniforme*.

Au milieu des mailles du tissu, on trouve une matière molle, gélatinense, jaunâtre, semi-transparente, ayant quelque analogie avec de la colle de poisson à demi-figée. Cette substance est renfermée dans des aréoles celluleuses. Un ganglion volumineux placé au voisinage du pylore, présente cette altération à un degré encore plus prononcé, étant converti dans sa totalité en une espèce d'éponge dont toutes les vacuoles seraient remplies de gélatine.

M. Ribes présente un *cancer de l'estomac* recueilli chez un sujet de 55 à 60 ans, et chez lequel on n'a observé aucun autre symptôme qu'un refus d'alimentation qui commença un mois avant la mort, sans que le malade qui, du reste, était habituellement très apathique, eût aucun vomissement. On ne sentait aucune tumeur à la région épigastrique.

L'examen anatomique a fait reconnaître une induration qui s'étendait dans toute la longueur de la petite courbure, et qui avait envahi les deux orifices de l'estomac, tous deux rétrécis et tous deux indurés. Le petit doigt pouvait à peine être introduit dans l'orifice

pylorique. Il est à remarquer que l'œsophage ne présentait aucune dilatation, et que le malade n'avait offert pendant la vie ni régurgitation, ni aigreur ni hoquet.

M. Vernois présente une *disposition singulière du vagin*, consistant dans la présence d'une membrane, ayant à peu près un ponce et demi d'étendue, et qui, par son bord postérieur, est collée à la paroi postérieure du vagin. Le bord antérieur et inférieur est libre. Cette membrane forme une espèce de soupape oblique pouvant, d'une part, s'appliquer contre la paroi postérieure du vagin ; d'un autre côté, quand elle s'en écarte, donner lieu à l'aspect d'un vagin double, l'un en arrière, constitué par un cul-de-sac, l'autre antérieur, conduisant à l'orifice utérin. La membrane qui vient d'être décrite, présentait des rides transversales parallèles à celle du vagin.

M. A. Bérard présente une pièce anatomique recueillie chez une femme qui fut prise de douleurs hypogastriques à la *suite d'une couche*, et chez laquelle on avait supposé l'existence d'un abcès de la fosse iliaque. Voici ce que l'autopsie a fait reconnaître : un vaste abcès commençait à la partie postérieure supérieure du flanc gauche entre le colon et la paroi de l'abdomen ; cet abcès s'était propagé dans la région hypogastrique en passant entre la fosse iliaque et l'intestin toujours situé hors le péritoine. Une induration du tissu cellulaire du bassin lui avait fermé l'accès de cette cavité au-devant de la vessie, mais le pus s'était frayé un passage vers la fosse iliaque droite, en décollant le péritoine dans la région hypogastrique ; de la région iliaque droite, il avait remonté sur le côté de la ligne médiane jusqu'au niveau de l'ombilic ; là il s'était fait jour au-dessous de la peau, avait décollé cette membrane dans tout le pourtour de la cicatrice ombilicale au niveau de laquelle la peau avait conservé son adhérence aux tissus subjacents. — Le trajet de cet abcès décrivait donc une courbe à concavité supérieure et s'élevait dans le flanc droit à une hauteur égale à celle où il avait atteint dans la partie postérieure du flanc gauche. Dans cette dernière région, l'abcès communiquait avec le colon descendant par une ouverture arrondie qui, du côté de l'abcès, était surmontée par un petit bourrelet ou boursoufflement mollasse, circulaire.

M. Bérard demande quelle a été l'origine de cette communication : est-ce un abcès lombaire qui, par l'érosion de ses parois, s'est frayé une route dans l'intestin ; est-ce une ulcération de l'intestin qui s'est fait jour dans le tissu cellulaire, et y a déterminé la formation d'un abcès ?—La surface interne de tout le gros intestin était dure, inégale et bosselée ; ses parois étaient épaissies dans toute leur circonférence. M. Michon pense que, si on avait égard à cette circonstance, on doit regarder la perforation de l'intestin comme le siège primitif de l'abcès.

M. Tessier fait remarquer que ce qui exclut la supposition d'un abcès primitif de la fosse iliaque, c'est que le muscle iliaque était parfaitement sain et vermeil, tandis que dans les abcès de cette région, il est profondément altéré, réduit en bouillie, et comme macéré dans le pus.

M. Cazeaux donne quelques détails sur une *interruption partielle de l'urètre*, observée chez un individu qui, pour prévenir une émission involontaire de l'urine pendant la vie, avait comprimé la verge au moyen d'un lien circulaire.

M. Cazalis rappelle à ce sujet une opération faite l'année dernière à la Charité, par M. Roux, chez un enfant qui présentait une solution de continuité avec destruction de la paroi urétrale. L'accident avait été produit, comme dans le cas précédent, par une constriction circulaire pratiquée autour de la verge. M. Roux se proposa, dans l'opération qu'il pratiqua sur cet enfant, d'établir, au moyen d'un canal formé dans l'épaisseur des corps caverneux, une communication entre les deux portions de l'urètre séparées par la solution de continuité. M. Cazalis n'a fait connaître à la Société, ni quel a été le résultat définitif de cette opération, ni le procédé opératoire employé par M. Roux.

M. Pégot présente de la *matière tuberculeuse* renfermée dans les trompes d'une femme qui pendant la vie avait ressenti des douleurs dans les lombes. La suppression des règles, qui avait eu lieu quelques mois avant la mort, avait fait croire à la malade qu'elle était enceinte. Elle rendait par le vagin une matière blanche et comme purulente. A l'autopsie on a trouvé les poumons criblés de cavernes, et conte-

nant des masses tuberculeuses jaunes. On a reconnu aussi que la trompe, évidemment dilatée dans sa longueur et dans son orifice utérin, permettait à la matière tuberculeuse ramollie de s'échapper dans la cavité utérine. M. le professeur Bérard s'est assuré à plusieurs reprises de la facilité avec laquelle une pression exercée sur la trompe faisait fluer dans l'utérus l'espèce de bouillie dont la trompe était remplie. Il n'y a donc aucun doute sur la nature de l'écoulement blanchâtre et purulent qui avait eu lieu pendant la vie ; il était formé par de la matière tuberculeuse à l'état de ramollissement.

M. Chassaing rappelle à ce sujet que M. Cruveilhier a montré souvent dans les cas de péritonite purulente, une matière semblable à celle de l'épanchement existant sans interruption dans toute la longueur de la trompe, depuis son orifice abdominal jusqu'à son orifice utérin. Dans les cas où il existe une suppuration ou une dégénération cancéreuse à la surface interne de l'utérus, voit-on de même la trompe remplie de matière blanche, depuis son orifice utérin jusqu'à son orifice abdominal ? C'est une question sur laquelle la Société n'a établi aucune décision.

Observation et réflexion sur un décollement de plusieurs épiphyses des os longs, avec abcès sous le périoste et production osseuse remarquable chez un enfant nouveau-né ; par M. VALLEIX, interne des hôpitaux.

Foulon (Alexandrine), de sexe féminin, née le 5 septembre 1834, fut envoyée à l'infirmerie des enfans trouvés, dans les salles de M. Thévenot, le 14 du même mois, pour quelques pustules très petites, contenant une gouttelette de pus blanc, et entourées d'un petit cercle d'un rouge peu intense; on les voyait sur le cou et sur la poitrine. Le cri était fort, les yeux bien ouverts, la langue humide, le ventre souple; la respiration se faisait facilement, il y avait de l'embonpoint. Les renseignements pris au bureau nous

apprirent que cette petite fille venait de la maison d'accouchement avec une seule note : *Enfant robuste et bon à donner sur le champ à une nourrice*. On prescrivit un bain dans l'eau de son, du lait et de la crème de riz.

Le lendemain 15, on s'aperçut que cet enfant ne pouvait remuer son bras gauche, et qu'il poussait des cris quand on voulait lui faire exécuter des mouvemens. Ce membre examiné ne nous a absolument rien offert de remarquable dans aucun point de son étendue. Le regard est fixe, l'anxiété se peint sur la figure. Dans l'idée que l'état du bras pouvait dépendre d'une lésion du cerveau, on fait appliquer une sangsue derrière chaque oreille, on supprime la crème de riz, et on ne donne qu'un peu de lait.

Le 16 et les jours suivans, même état. Le 20, diarrhée peu abondante de matières jaunes.

Le 21, l'enfant remue son bras gauche avec plus de facilité, le regard est plus calme, la diarrhée a cessé, on le croit en convalescence ; mais le 16, on aperçoit à la partie inférieure de l'avant bras droit, au dessus de l'articulation radio-carpienne, une tumeur volumineuse qui en occupe le tiers inférieur, contournant entièrement le radius, et présentant une fluctuation très évidente. En quelque lieu qu'on plaçât la main autour de la tumeur, on sentait le flot du liquide en pressant du côté opposé, en sentait même très bien que l'abcès passait au dessus du bord externe du radius, gagnant la face postérieure de l'avant-bras ; mais du côté du cubitus tout paraissait dans l'état naturel. Ces explorations sont douloureuses, et l'enfant tient la main et les doigts dans la demi-flexion. La diarrhée a reparu, la respiration est gênée, la face est grippée, et exprime la souffrance, les lèvres sont rouges, sèches, fendillées, la langue est humide et offre quelques grains de muguet disséminés çà et là ; ventre douloureux à la pression. Riz gommé

potion avec un gros de sirop diacode, cataplasme sur le ventre et sur les tumeurs.

Le 27, une nouvelle tumeur également fluctuante et douloureuse s'est manifestée vers l'articulation scapulo-humérale du côté gauche. Elle paraît occuper cette articulation; elle fait faire une saillie considérable au moignon de l'épaule. Le deltoïde est fortement soulevé, et un doigt placé sous l'aisselle perçoit parfaitement le mouvement du liquide quand on exerce une légère pression au dessous de l'extrémité externe de la clavicule. Les yeux sont ternes, les paupières entourées d'un cercle noir, l'expression de la face peint une vive souffrance, le muguet a fait des progrès; la respiration est beaucoup plus gênée, le pouls est faible, filiforme, irrégulier; abattement, assoupissement; (Mêmes prescriptions).

Le 28, mort à 6 heures du matin.

Autopsie.—Tumeur de l'épaule. Il en est sortie environ une once de pus blanc, peu consistant et sans odeur. La partie supérieure du corps de l'humérus est entièrement dénudée dans l'étendue de 10 lignes environ; on n'y trouve pas de changement de couleur ni de consistance, sa forme est bien conservée, mais il y a un décollement complet de l'épiphyse, d'où résulte une espèce de fausse articulation à surface rougeâtre et rugueuse, qui baigne entièrement dans le pus. On voit, à l'extrémité supérieure de l'humérus, les cellules de la substance spongieuse qui contiennent une petite quantité de matière purulente. Les parois de l'abcès sont formées par le périoste décollé qui est mince, transparent, lisse et adhérent au tissu cellulaire environnant. A la partie inférieure du foyer, un peu au dessus de l'insertion deltoïdienne, cette membrane vient s'insérer sur un bourrelet osseux, d'apparence spongieuse, irrégulier, élevé

de plus d'une ligne au dessus du niveau de l'os, et qui se prolonge, en mourant, jusqu'au dessous de la partie moyenne de l'humérus. Le périoste est partout en contact avec cette production osseuse; il est même assez difficile de l'en séparer. Tous les muscles de la partie supérieure du bras, ainsi que les nerfs et vaisseaux axillaires, avaient été repoussés par le foyer purulent. Le deltoïde avait été fortement soulevé; l'articulation scapulo-humérale était parfaitement saine.

La tumeur du poignet contenait une quantité aussi considérable de pus que la première. C'était l'extrémité inférieure du radius qui baignait dans le pus. Elle était également séparée de son épiphyse, son aspect était semblable à celui de l'extrémité de l'humérus dans la tumeur de l'épaule, elle était détachée du ligament inter-osseux, et entièrement dépouillée de son périoste. Une production osseuse semblable à la précédente, également spongieuse, et dans les mailles de laquelle était contenue une petite quantité de liquide jaunâtre, commençait par un bord brusque et irrégulier, au point où le périoste venait se recoller à l'os, et de là se prolongeait jusque vers la tête du radius, en conservant à peu près son épaisseur, et en formant à l'os une espèce de gaine enveloppée de toutes parts par le périoste qui, loin d'être mince et adhérent comme au bras, était épais, lisse à sa face interne, et se séparait avec tant de facilité, qu'un légère traction sur le radius a suffi pour détacher entièrement cet os. Alors, j'ai vu plus facilement la gaine osseuse; on pouvait la séparer sans peine de l'os et l'enlever par petites portions. Son tissu. était formé de fibres longitudinales; exprimé, il devenait mat, dur et cassant. L'os, au dessous, présentait l'aspect et la consis-

tance d'un os sain. La partie inférieure du cubitus et l'articulation du poignet étaient parfaitement saines.

La jambe droite ne présentait à l'intérieur rien de remarquable; mais une incision profonde, faite à la partie interne du genou, a donné issue à deux cuillerées de pus épais, couleur de lie de vin, inodore. Le foyer purulent existait à la partie supérieure du tibia, dont il baignait les faces postérieure et interne; il était borné à la partie interne par une adhérence du périoste, et à la partie externe par le ligament inter-osseux. Décollement de l'épiphyse, dénudation de l'os, comme ci-dessus. A la partie inférieure du tibia, on trouva un abcès avec des altérations tellement semblables aux précédentes, que je crois inutile d'en répéter la description. A raison de ce double abcès aux deux extrémités du même os, la production osseuse anormale formait une gaine occupant seulement la partie moyenne de l'os, entre les deux abcès, se terminant en haut et en bas, par deux bourrelets, dont le supérieur était plus saillant que l'inférieur. Le périoste la recouvrait partout et se trouvait dans les mêmes conditions que celui qui a été décrit en parlant du radius.

Un abcès tout à fait semblable a été découvert autour de la partie supérieure du tibia gauche; il était moins vaste, et ne contenait qu'une demi cuillerée de pus, couleur de lie de vin, comme le précédent. Au reste, même décollement du périoste, même production osseuse, mais un peu moins abondante, même séparation de l'épiphyse. La partie inférieure du tibia ne présentait point d'abcès comme à l'autre jambe; le périoste n'y était pas épaissi, et adhérait par des fibres cellulaires qu'on ne pouvait rompre que par une traction assez forte, comme dans l'état sain. L'épiphyse n'était pas décollée, mais il ne fallut qu'un effort extrême-

ment faible pour opérer ce décollement, et les deux surfaces résultant de la séparation étaient d'un rouge foncé, rugueuses et sèches.

En examinant les organes contenus dans le bassin, j'ouvris un abcès placé au devant du sacrum, à la partie supérieure et gauche, et qui laissa écouler du pus blanc et bien lié. En parcourant les parois de cet abcès, j'ai reconnu que toute la partie gauche de la première vertèbre sacrée était dénudée de son périoste, que l'éminence épiphysaire gauche de cette vertèbre était séparée du reste de l'os par une division dont les surfaces étaient rugueuses, grisâtres, que le foyer communiquait d'une part avec l'articulation lombo-sacrée dont le fibro-cartilage était détruit dans toute sa partie moyenne, et de l'autre avec l'articulation sacro-iliaque, dont les cartilages étaient également détruits. Il en résultait que les faces articulaires étaient très rudes au toucher.

Des deux branches de l'ischion, la postérieure était séparée de son cartilage, et une petite quantité de pus en baignait l'extrémité. L'antérieure était encore réunie au cartilage; mais il a suffi d'une légère traction pour la décoller; il n'y avait point d'abcès sous ce point là. L'os tout entier s'est séparé de son périoste avec une facilité extrême.

L'estomac et l'intestin grêle ont présenté des trace d'inflammation. Le gros intestin, rien.

Les poumons étaient bien crépitans. On trouvait dans toute l'étendue de leur surface des points noirs légèrement saillans, dont le plus large avait l'étendue d'une pièce de 20 sous. La substance pulmonaire, au dessous de ces points, était d'un rouge très foncé, compacte, et ne contenant pas d'air; cette altération pénétrait à la profondeur de 4 ou 5 lignes. Les noyaux altérés sont séparés de la substance

saine du poumon par la ligne de démarcation très tranchée; ils sont au nombre d'une vingtaine pour chacun de ces organes, qui, dans tout le reste de leur étendue, sont d'une belle couleur rosée et remplis d'air. Ces noyaux n'existent qu'à la surface.

Une petite quantité de sang pur et liquide est contenue dans le péricarde: Sang noir dans toutes les cavités du cœur et dans l'aorte.

Les veines crurales et iliaques présentent de loin en loin de petit caillots noirs, et quelques filaments membraniformes; leur surface interne, lisse et polie, est d'un rouge foncé.

Il est vraisemblable que les abcès des membres et du bassin sont dus à une altération des os occasionnée par la maladie syphilitique. Si l'on se rappelle que la partie inférieure du tibia gauche était encore recouverte de son périoste, qu'on ne remarquait aucune lésion dans les tissus voisins de l'os, et que néanmoins l'épiphyse s'est détachée avec la plus grande facilité; qu'il en a été à peu près de même de l'ischion tout entier, on peut penser que ces os étaient déjà malades, quoique leur aspect et leur consistance ne fussent pas encore entièrement changés.

Réflexions. Les productions osseuses dont j'ai donné la description peuvent être regardées comme des exemples frappants de ce que M. Lobstein (1) a nommé *Ostéophyte diffus*. La rapidité de leur apparition, et leur grande étendue me paraissent remarquables. M. Lobstein ne cite pas de cas où ces productions aient été aussi considérables, et se soient présentées en autant de lieux à la fois. M. Tessier m'a montré des dessins d'os sur lesquels, à la suite d'amputations, on voyait une couche osseuse se prolonger du lieu de la section jusqu'à une assez grande hauteur, entre

(1) *Anat. pathologique*, Tome II, p. 441.

le périoste et une portion d'os sain ; mais ce point d'anatomie pathologique n'a pas été assez généralement étudié.

Delpech (1) a décrit des exostoses superficielles, simplement appliquées sur l'os à leur apparition, *et en différant par leur texture*. Il a eu sans doute en vue les ossifications dont nous venons de parler ; mais le nom d'exostose ne me paraît pas juste en cette occasion. En effet, le tissu osseux, de nouvelle formation, n'est pas adhérent aux os, ce qui aurait lieu s'il était une production de ces os eux-mêmes. Delpech pense que plus tard cette matière se soude et se confond avec eux ; on pourrait alors prendre cet état pour une véritable exostose due à un gonflement de l'os ; car, selon la remarque de M. Lobstein (2), les fibres osseuses de nouvelle formation sont dans le même sens que celles des parties sur lesquelles on les trouve appliquées. Je possède néanmoins une pièce anatomique qui semble contredire cette dernière assertion.

Sur le crâne d'un enfant, nouveau-né, qui avait présenté un énorme *céphalématome*, je trouvai, du côté opposé à la maladie, sur le pariétal gauche, une large plaque osseuse, très-mince, qui s'enlevait avec facilité lorsqu'on introduisait la pointe du scalpel entre elle et l'os sous-jacent. Après l'avoir soulevée sur les bords, je n'aperçus aucune solution de continuité dans la lame externe du pariétal ; il ne paraissait pas qu'on en eût rien enlevé. Les fibres divergentes de cet os étaient fort apparentes et se continuaient sans interruption au-dessous de l'*ostéophyte*. Cette plaque osseuse, au contraire, avait un aspect tout différent ; elle paraissait formée de petits grains osseux,

(1) *Précis élém. des Mal. réputées chirurgicales*. Tome III, p. 372.

(2) *Loc. cit.*

réunis les uns aux autres, et formant une couche uniforme sans la moindre trace de fibres. Ce fait prouve que la proposition de M. Lobstein est trop générale ; il rentre dans les cas cités par Delpach, où les *ostéophytes* différaient par leur texture des os qu'ils recouvraient.

La promptitude avec laquelle ces productions osseuses se forment chez les enfants nouveau-nés est extrême. Dans un cas de *céphalématome*, j'ai vu s'élever du jour au lendemain, un bourrelet osseux d'une ligne et demie de hauteur.

Quel est le mode de formation de ces *ostéophytes* ? Je crois, après avoir vu des *ostéophytes* aussi volumineux, qu'il se dépose une matière osseuse de nouvelle formation. M. Lobstein professe cette opinion, quoiqu'il ne l'exprime pas très nettement ; ainsi, il dit d'abord que la nouvelle substance osseuse est élaborée par le périoste, et plus bas, qu'elle n'est autre chose que le tissu cellulaire sous-périostique ossifié. Howship pensait que l'*ostéophyte* était produit par une sécrétion de la lame la plus fine du périoste.

En supposant que l'enfant eût vécu, ces productions osseuses se seraient-elles avancées sur la portion d'os dénudée, et se seraient-elles prolongées jusqu'à l'épiphyse ? En examinant attentivement l'humérus, il semble qu'on aperçoit le commencement d'un pareil travail. C'est, d'ailleurs ainsi que les choses se passent dans le *céphalématome*. Je vois, en ce moment, un enfant qui porte sur chaque pariétal une de ces tumeurs dont le bourrelet osseux devient de jour en jour plus considérable, en s'avancant vers le centre. Le liquide diminue peu à peu, et bientôt, sans doute, il ne restera plus que la portion osseuse de ces tu-

meurs, qui forme déjà une saillie très sensible et très distincte de la bosse pariétale située au-dessous.

Atrophie de tout l'hémisphère droit du cerveau, avec induration du lobe antérieur du même côté; atrophie avec induration du lobe gauche du cervelet; observation recueillie par M. SAINT-YVES, interne à la Salpêtrière.

Marguerite C¹***, sujet de cette observation, était née à Paris, de parents pauvres. Trois mois avant d'accoucher, sa mère fut très effrayée par un accident dont elle fut témoin dans la rue; elle ressentit, pendant plusieurs jours, des douleurs assez vives dans l'abdomen; mais, peu à peu et sans secours aucun, sa santé se rétablit jusqu'au terme de sa grossesse. Marguerite avait une sœur aînée qui était muette de naissance. Peu de temps après sa naissance, Marguerite fut prise de convulsions épileptiformes, qui se renouvelèrent presque tous les jours; plusieurs d'entre elles furent même tellement violentes, qu'elle faillit plus d'une fois perdre la vie. A trois ou quatre ans seulement, on aperçut une plus grande faiblesse des membres du côté gauche, avec raideur des muscles de l'avant-bras. A cinq ou six ans, elle eut la petite vérole, et fut délivrée, pendant toute cette maladie, de ces attaques.

Jusqu'à 12 ou 13 ans, les attaques revinrent à des intervalles plus éloignés. Mais à l'époque de l'éruption des règles, et longtemps même à l'avance, elles devinrent plus fréquentes et plus longues, la paralysie fut complète du côté gauche, ainsi que la contracture de l'avant-bras.

La malade fut admise à la Salpêtrière, division des épileptiques.

Elle était alors âgée de 15 ans, bien réglée, grande de 4

pieds 7 pouces ; ses cheveux, ses yeux et son teint sont bruns, sa figure fraîche, sa poitrine peu développée, et son embonpoint médiocre.

Les attaques surviennent surtout à l'époque des règles ; dans l'intervalle elle est quelquefois huit jours sans éprouver autre chose que des étourdissements ; elle marche avec difficulté ; tout le poids de son corps repose sur un axe représenté par la jambe droite, et autour duquel le membre gauche décrit en se traînant des portions d'arc de cercle ; les membres du côté paralysé sont atrophiés d'une manière appréciable. Malgré tout, elle subvient seule à la plupart de ses besoins.

Son intelligence est assez développée, sa mémoire très-exacte ; elle a parfaite conscience de son état, désire ardemment se délivrer de son mal, et aime aussi avec passion les médicaments, goût qui survivra à la perte de ses autres penchants.

Marguerite est douce, très reconnaissante, pieuse, très rangée, mais colère et entêtée.

Cet état, pendant les douze années qu'elle resta dans la division des épileptiques, éprouva les modifications suivantes : fréquence plus considérable des attaques et des étourdissements, abattement et perte graduelle du courage et de l'intelligence, accès de colère, et peu à peu du délire succédant à chaque attaque ; dans les intervalles, moral profondément affecté.

Passée dans une des divisions consacrées aux incurables, Marguerite y vit encore trois années, durant lesquelles s'éteignent tout-à-fait les restes de son intelligence et de ses bonnes qualités ; elle tombe, enfin, dans l'état de démence le plus complet. Les attaques surviennent chaque jour. Après chacune d'elles, Marguerite devient fu-

rieuse, et à sa fureur succède bientôt ou un collapsus profond, ou un accès de gaieté folle et stupide.

Marguerite ne veut plus manger, afin, dit-elle, de mourir de faim ; tandis qu'auparavant, et jour et nuit, elle mangeait beaucoup. — Toujours elle demande des médicaments.

En peu de temps l'épilepsie disparaît pour ne plus revenir ; la malade, après avoir offert tous les symptômes du scorbut, meurt le 10 août 1834.

Autopsie. — Cadavre maigre, infiltré, surtout à la face et aux extrémités.

Adhérences pleurétiques considérables, surtout du côté gauche ; péricarde distendu par une abondante quantité de sérosité, la muqueuse du tube digestif ne présente que des ecchymoses variables en étendue et en nombre, depuis l'estomac jusqu'au rectum.

La moelle épinière n'offre rien de remarquable. La tête rasée laisse apercevoir manifestement le défaut de symétrie du crâne. Le côté gauche de la voûte est plus bombé ; les os offrent une épaisseur peu considérable, leur tissu est plus mou que d'habitude, et se laisse scier aisément.

La dure-mère est épaisse, et ne présente, d'ailleurs, ainsi que les tissus, rien de remarquable.

Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est gorgé d'une abondante quantité de sérosité, surtout du côté droit.

Les vaisseaux de la pie-mère sont faiblement injectés.

Les membranes se séparent aisément de la substance cérébrale.

Le cerveau, dépouillé de ses enveloppes, présente tout l'hémisphère droit beaucoup plus petit que le gauche. Les circonvolutions aussi sont beaucoup plus petites. A la partie antérieure, les anfractuosités sont plus considérables,

les circonvolutions restant les mêmes ; vers la partie postérieure, au contraire, les circonvolutions sont comme effacées.

C'est, en effet, ce qui est arrivé ; le ventricule correspondant était énormément distendu par la sérosité. Tout le lobe antérieur est extrêmement dense, et comparable, sous ce rapport, à de la gomme élastique.

A la partie moyenne de l'hémisphère, et toujours à sa surface, on remarqua une teinte brunâtre avec affaissement des circonvolutions et ramollissement de leur superficie, sans limites bien tranchées, et sans kyste appréciable.

Le ventricule correspondant est énormément distendu ; ses parois offrent une minceur remarquable, surtout en haut et à la partie postérieure et externe. Là, elles ont au plus une ligne à une ligne et demie d'épaisseur.

Le corps strié et la couche optique sont comme effacés.

Le lobe gauche du cervelet présente le même genre d'altérations ; il est beaucoup plus petit que celui du côté opposé et sa densité est semblable à celle du lobe antérieur de l'hémisphère droit, avec cette différence toutefois qu'elle décroît de la circonférence au centre.

Chacune de ses lames, prise isolément, ressemble à la fibre d'un muscle soumis pendant longtemps à l'ébullition.

Cancer de l'estomac; matière encéphaloïde du canal médullaire de l'humérus; fracture de cet os ; observation recueillie par M. MAROTTE, interne à l'Hôtel-Dieu.

La femme qui fait le sujet de cette observation était âgée de 66 ans ; elle était maigre, avait la peau terreuse, et sa physionomie offrait une expression de tristesse habituelle ; elle jouissait d'une certaine aisance. Mais la mort de son

mari, à l'époque du choléra, avait laissé chez elle un sentiment de tristesse qui avait dû être augmenté par l'espèce d'isolement dans lequel elle se trouvait. Depuis cette époque elle avait perdu l'appétit, et ses digestions avaient commencé à se déranger. Il y avait quelques mois surtout que son état avait commencé à l'inquiéter : elle éprouvait un sentiment de pesanteur au creux de l'estomac, quelquefois même de nausées. La présence des aliments dans l'estomac était pénible, et souvent elle était prise, quelques heures après le repas, de coliques, d'un peu de diarrhée, occasionées sans doute par le contact des aliments mal élaborés dans l'estomac. La quantité d'aliments introduits chaque fois était peu considérable.

Depuis une quinzaine de jours, son appétit avait diminué d'une manière plus notable encore, et elle avait été prise de toux avec expectoration muqueuse ; mais ce qui l'inquiétait le plus, c'était une douleur qu'elle éprouvait dans le bras droit ; il n'y avait en cet endroit ni rougeur, ni tuméfaction, ni chaleur ; la douleur n'augmentait pas par la pression.

Le 22 ou 23 avril, la malade dit que, deux jours auparavant, elle avait ressenti un léger craquement dans son bras, en voulant prendre le pot de tisane placé sur la tablette de son lit, et que depuis ce temps la douleur était plus vive. On y fit peu d'attention, d'autant que la malade, en désignant la partie interne du bras comme le point où elle souffrait le plus, écartait un peu le membre du corps, sans qu'il y eût déformation ni mobilité des fragments osseux.

Une dizaine de jours après, elle se plaignit de nouveau de la persistance de sa douleur, qui, loin de s'apaiser sous

l'influence de cataplasmes laudanisés, n'avait fait que prendre de l'accroissement; car elle en était venue, disait-elle, au point de ne pouvoir remuer son bras. En examinant alors le membre avec soin, je ne pus méconnaître la présence d'une fracture, à la mobilité, et surtout à la crépitation. Cependant la crépitation n'était pas franche comme celle que donne une fracture récente. J'interrogeai la malade, et j'appris que cinq ou six jours après y avoir ressenti un craquement, elle avait fait une chute dans laquelle le bras était resté appliqué contre le corps.

J'appliquai un appareil, et aussitôt la douleur diminua beaucoup. Les choses restèrent quelque temps dans cet état; mais la malade ne tarda pas à perdre totalement l'appétit et à être prise d'une diarrhée abondante. Elle s'éteignait lentement, lorsque le 9 mai elle tomba dans un état de prostration complète; son pouls devint petit et misérable, sa figure grippée, son ventre ballonné et sensible à la pression; sa langue rouge et sèche. Tout annonçait une mort prochaine, qui arriva en effet le 12 mai 1834.

Autopsie. — Je trouvai dans l'abdomen une sérosité noirâtre, logée surtout dans l'excavation du bassin et en quantité médiocre. Le péritoine présentait dans quelques points un peu de rougeur et des traces de fausses membranes. — L'estomac, caché sous la base de la poitrine, était rebouvert par le foie. Dans sa moitié droite il n'égalait pas le gros intestin en volume; ses parois étaient en même temps considérablement épaissies. La portion cachée sous le foie était le siège d'une escarthe noire évidemment gangréneuse, et perforée dans plusieurs points. Ces ouvertures avaient sans doute donné passage au liquide noirâtre rencontré dans l'abdomen. Sa face postérieure se confondait

avec le pancréas, et était parsemée de masses encéphaloïdes, les unes dures, les autres ramollies. Le tissu squirrheux prédominait sur sa face antérieure.

Tous les autres organes étaient sains.

Je procédai de suite à l'examen de la fracture. Les vaisseaux n'étaient ni plus volumineux, ni en plus grand nombre que dans l'état normal ; un d'eux pénétrait dans le canal médullaire au niveau de la fracture. Le périoste était sain et adhérent dans toute l'étendue de l'os ; il était seulement rompu à l'endroit fracturé. Je n'ai pu trouver aucun indice de travail réparateur. — Le canal médullaire était large, comparé au volume de l'os, dont le cylindre allait en s'amincissant du point fracturé vers les extrémités. Dans le point fracturé, la lame compacte avait l'épaisseur de la table interne des os du crâne. Le système médullaire était seul malade ; dans la portion supérieure il se détacha d'une des moitiés du cylindre de l'os, qui avait été divisé dans sa longueur. Ce tissu médullaire était, dans cet endroit, formé de matière encéphaloïde, consistante, d'une teinte bleu-verdâtre dans le col et la tête de l'os qu'il commençait à envahir. Au niveau de la fracture, la matière morbide était ramollie : mais dans la partie inférieure du cylindre, elle se présentait en masses assez dures, séparées par une matière jaunâtre, gélatiniforme, ayant quelque analogie avec la matière colloïde.

A l'union de la première et de la deuxième pièce du sternum se trouvait un petit foyer circonscrit de matière encéphaloïde ramollie. — Je ne crois pas qu'il existât d'altération semblable dans un autre point du squelette : en effet, j'ai cherché à briser les os les moins résistants ; j'ai scié les autres dans plusieurs points, sans rien rencontrer d'anormal.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

BULLETIN N° IX. (NOUVELLE SÉRIE).

RÉDIGÉ

PAR M. CHASSAIGNAC,

Secrétaire.

Anomalie de l'artère radiale.—Anomalie musculaire.—Oblitération de l'artère pulmonaire.—Communication anormale des deux ventricules du cœur.—Anomalies des uretères et du rein.—Caractères chimiques de la carie et de la nécrose.—Altérations anatomiques des articulations dans le rhumatisme aigu.—Fausse membrane dans l'articulation du coude dans un cas de tumeur blanche.—Nécrose de l'ischion.—Raccourcissement du membre dans la coxalgie.—Injection sanguine sous-synoviale.—Granulations articulaires.—Tumeur cancéreuse de l'os coxal.—Hypertrophie des os qui constituent l'articulation coxo-fémorale.—Tumeurs encéphaloïdes très-volumineuses dans le poulmon et dans la plèvre.—Osification des artères du cœur.—Trois cas d'oblitération des artères des membres abdominaux.—Pus dans les vaisseaux lymphatiques.—Rupture d'un anévrysme de l'artère ventrale.—Corps d'aspect potypiforme dans l'estomac.—Perforation de l'intestin grêle obturée par un tampon épiploïque.—Altération particulière du rein dans la maladie de Bright.—Concrétion d'un aspect particulier dans la rate.—Péritonite chronique.—Fois cloisonné.—Ulcération syphilitique de l'intestin grêle.—Renversement des tuniques du rectum.—Gangrène de la prostate et calcul prostatique.

Présidence de Cruveilhier.

M. Bonamy présente une *anomalie de l'artère radiale*. Vers le tiers inférieur de l'avant-bras, on voit naître une branche qui descend verticalement dans le premier espace inter-osseux, après s'être courbée obliquement en dehors sur le radius. Pénétrant ensuite dans le premier espace, cette branche s'anastomosait avec une branche satellite du nerf médian. — La branche qui continuait le trajet de la radiale fournissait la dorsale du carpe, et se perdait sur le dos de la main en passant sous les tendons des muscles radiaux. La branche, ordinairement petite, qui est satellite du nerf médian, présentait un volume considérable, et venait former l'arcade palmaire superficielle.

M. Depaul présente une *anomalie musculaire*, consistant dans l'existence de deux faisceaux charnus, qui, de l'aponévrose supérieure des muscles droits de l'abdomen, s'étendaient jusqu'à l'extrémité inférieure des deux muscles sterno-mastoldiens. Cette anomalie, dont la Société possède déjà plusieurs exemples, se distingue des autres par la très grande régularité des faisceaux charnus qui avaient la même longueur, le même point de départ et la même terminaison; en outre, ces deux faisceaux musculaires s'entrecroisaient, au moment de se terminer, en sorte que celui du côté droit se continuait avec le sterno-mastoldien gauche, et *vice versa*.

M. Lediberder présente une *organisation anormale du cœur* avec oblitération de l'artère pulmonaire à sa naissance, et absence du canal artériel. Cette pièce a été recueillie sur un enfant de sexe masculin, âgé de 12 jours, et qui fut apporté à l'infirmerie pour un durcissement du tissu cellulaire: la peau était rouge, tendue, violacée, présentant, sous la pression du doigt, une légère dépression qui s'effaçait rapidement. Articulations raides; pouls imperceptible dans les membres indurés; matité du thorax à la percussion; rien d'anormal dans les battements du cœur. — A l'autopsie, on trouve les poumons hépatisés; le droit, dans sa moitié postérieure; le gauche, dans son tiers postérieur seulement, et à un moindre degré. Le cœur, remarquable par sa largeur, principalement à la pointe, qui, au lieu de présenter une forme conique, se rapproche d'une forme carrée;

les ventricules, égaux en capacité, ont les parois d'une égale épaisseur; la cloison interventriculaire offre une lacune à sa partie supérieure, où elle se termine par un bord mousse concave, de telle sorte qu'à la partie supérieure les deux ventricules ne forment qu'une seule cavité, du milieu de laquelle s'élève l'aorte, garnie de ses valvules, ayant une capacité plus considérable que d'habitude. En avant, un peu à droite de l'aorte, on voit l'artère pulmonaire qui lui est accolée, et qui présente un calibre moitié moindre que celui de l'aorte; elle se termine, du côté du ventricule droit, par un cul-de-sac qui intercepte toute communication avec la cavité de ce ventricule; le ventricule, de son côté, n'offre aucun vestige d'ouverture. Après un trajet d'environ huit lignes, l'artère pulmonaire fournit ses branches aux poumons, et présente, en cet endroit, une ouverture communiquant directement avec l'aorte, et remplaçant le canal artériel. Ce trou, plus évasé du côté de l'aorte que du côté de l'artère pulmonaire, offre à peu près une demi-ligne de diamètre. Sur la paroi postérieure de l'aorte se voit la cloison des oreillettes, sur laquelle on remarque le trou de Botal, dont les valvules sont assez développées pour isoler complètement les deux cavités auriculaires. — Voici donc, d'après ces dispositions anatomiques, quelle devait être la marche du sang : versé par l'une et l'autre oreillettes dans la cavité des deux ventricules, il était ensuite chassé à travers l'aorte; là, il se divisait en deux colonnes : l'une, qui s'écoulait à travers les divisions normales de ce vaisseau; l'autre, qui s'engageait dans l'artère pulmonaire, et dans la subdivision de cette artère, à travers le trou que nous avons vu remplacer le canal artériel.

M. Lediharder présente un exemple d'uretère naissant du rein par une double origine et constituant, ensuite, un seul canal; un autre exemple d'uretère double, naissant d'un même rein, et s'ouvrant dans la vessie par deux ouvertures isolées.

M. Boinet présente l'anomalie suivante dans la disposition du rein : Le rein droit, d'un volume très petit, est situé en travers sur la ligne médiane dans le petit bassin, derrière la vessie, devant le rectum, à la place accoutumée de la matrice. Ce rein n'a pas de

capsule surrénale; il reçoit son artère de la bifurcation de l'aorte abdominale, de façon que la sacnée moyennée est transformée en artère rénale; celle-ci est mince et longue, vu la disposition de l'aorte, qui se divise en iliaques, vis-à-vis la seconde vertèbre lombaire; l'uretère est très court; le rein gauche, muni de sa capsule, ne présente rien d'extraordinaire, sauf son volume, qui est beaucoup plus considérable qu'à l'ordinaire. La matrice, d'une forme allongée, cylindrique, est située tout-à-fait à gauche, dans le petit bassin, derrière le ligament de Fallope. Ses ligaments, du côté droit, ont une longueur considérable, passent, en s'élargissant, entre la veine et le rein; l'ovaire et son ligament, du côté droit, pénètrent dans le canal inguinal, qu'ils traversent, et donnent lieu à une hernie dont la forme et la situation sont telles, qu'avant l'ouverture de l'abdomen les uns prétendaient qu'elle était inguinale, les autres qu'elle était crurale: question qui fut bientôt jugée par l'opération. Le sac étant mis à nu, et découvert avec toutes précautions qu'on aurait prises sur le vivant, on reconnaît que la hernie est formée par l'ovaire.

M. Mouret a lu à la Société un travail sur les *caractères chimiques de la carie et de la nécrose*. Voici à quelles conclusions M. Mouret a été conduit par ses recherches. — 1°. La matière grasse, indiquée par plusieurs auteurs, existe toujours dans la carie fraîche; son odeur est tellement prononcée, qu'elle pourrait presque servir à la caractériser.

2°. Les os cariés ne sont point privés de leur gélatine: les principes constituants de la partie restante de l'os sont dans les proportions de l'état sain.

3°. Il est impossible de distinguer chimiquement la carie de la nécrose par les caractères qui ont été indiqués.

4°. Des causes d'erreur peuvent être facilement commises dans l'analyse des os quand l'acide hydro-chlorique qu'on emploie n'est pas suffisamment affaibli.

5°. Les os des scorbutiques sont, sinon toujours, du moins quelquefois, transformés presque entièrement en une matière grasse, ayant l'aspect de ce qu'on appelle matière tuberculeuse.

M. Tessier, chargé de faire un rapport sur le travail dont nous venons d'exposer les résultats, a conclu que M. Mourret fût invité à faire de nouvelles recherches à ce sujet, et a fait lui-même, à cette occasion, les remarques suivantes : — 1°. M. Mourret n'a pas indiqué les caractères physiques des os qu'il a analysés.

2°. M. Tessier, ayant recueilli les parcelles osseuses qui étaient déposées sur les parois d'un abcès symptomatique d'une carie vertébrale, a pu constater une diminution notable de la matière organique, sans, cependant, donner les proportions exactes.

3°. Du reste, avant d'appliquer la chimie à l'étude des maladies des os, il est indispensable d'analyser le tissu osseux naturel dans les os longs, courts et plats, ainsi qu'aux différents âges. Or, cette analyse devait comprendre, non-seulement la trame organique et son incrustation, mais encore le sang, la graisse et les autres parties constituantes de l'os qui peut devenir malade. Tant qu'on se bornera à la connaissance chimique des os macérés et desséchés, on ne fera que des travaux incomplets, quel que soit, d'ailleurs, leur mérite sous le rapport de l'analyse.

M. Pigeaux présente l'*articulation fémoro-tibiale* d'un individu qui a succombé à un *rhumatisme articulaire aigu*. Il y a destruction du cartilage d'encroûtement sur la moitié externe de la surface articulaire de la rotule. Au pourtour de l'excavation que présente la rotule dans ce lieu, on trouve des lambeaux membraneux qui se continuent sans ligne de démarcation avec le cartilage. Celui-ci, dans la partie de son étendue qui est conservée, présente çà et là des espaces ramollis et rouges, se laissant déprimer et coucher à la manière d'un velours serré; ces espaces ramollis pénètrent en partant de la surface synoviale à une profondeur d'à peu près une ligne dans l'épaisseur du cartilage, qui reprend au-delà son caractère normal.

M. Nélaton présente à la Société une lame membraneuse, vasculaire, de nature celluleuse en apparence, et qu'il a trouvée sur la cupule cartilagineuse de l'extrémité supérieure du radius, dans une articulation du coude atteinte de *tumeur blanche*, et recueillie sur un enfant de 10 ans. Cette petite lame membraneuse occupe le centre de la cupule; elle se termine en s'amincissant à la surface du

cartilage, et ne peut être suivie jusqu'au relief que forme le pourtour de la surface cartilagineuse. Sur l'olécrâne du même sujet existait une infiltration de matière tuberculeuse dans le tissu osseux. Depuis l'époque à laquelle l'autopsie a été faite, la matière tuberculeuse s'est écoulée, et a laissé une substance osseuse, spongieuse, aérotaire, à vacuoles très prononcées, et que l'on pourrait comparer à un morceau de sucre en fusion au sein d'un liquide.

M. Nélaton présente la cavité cotyloïde et la tête du fémur d'un enfant qui avait offert plusieurs des symptômes de la *coxalgie*, et entre autres un raccourcissement du membre pelvien.

A l'autopsie, on a trouvé une nécrose de l'ischion, et le fémur, de ce côté, mesuré comparativement avec celui du côté opposé, présentait trois lignes de moins en longueur.

M. Nélaton présente une *tumeur blanche de l'articulation fémorale*; une partie de la cavité cotyloïde était occupée par une matière molle, de couleur jaune-pâle, ayant l'aspect d'une pâte à demi-consistante, ne paraissant pas organisée, facile à détacher du fond de la cavité cotyloïde.

En quelque point qu'on examinât la capsule, hormis sur les cartilages, son réseau vasculaire sous-séreux était fortement injecté. Des granulations blanchâtres existaient dans quelques parties. M. Nélaton les considère comme analogues aux granulations que présente le péritoine dans certaines péritonites.

M. Mercier lit une observation ayant pour objet deux *tumeurs* considérables qui se sont développées : l'une à la face interne, l'autre à la face externe de l'os *coxal* gauche. La tumeur intérieure, la seule qui ait été examinée dans cette séance, présente un caractère difficile à déterminer; elle est creusée de cellules, dans l'intérieur desquelles existait un liquide de consistance oléagineuse ou sirupeuse, d'une couleur de bistre-claire; le tissu qui forme les parois des cellules et qui constitue la charpente de cette tumeur, ne présente l'aspect ni du squirrhe ni de l'encéphaloïde; dans quelques points, il a de l'analogie avec la substance que renferment dans leur centre les disques intervertébraux; il est friable et s'écrase facilement sous les doigts. Le point de départ de cette tumeur paraît sié-

ger dans le tissu osseux ; on voit, en effet, que la tumeur a été arrachée du centre de la fosse iliaque, non par un simple décollement, mais par déchirure d'une substance identifiée avec la substance altérée de l'os. En outre, la substance de l'os coxal fait chaton autour de la base de la tumeur, comme si la lame compacte, éclatant sous l'effort de la tumeur et se renversant, eût entouré sa base à la manière d'un anneau.

M. Andral présente l'*articulation coxo-fémorale* d'un sujet qui avait été destiné aux préparations de la Faculté, et sur lequel il ne possède aucun renseignement antérieur. Cette articulation présente les dispositions suivantes : La *tête du fémur* a un volume à peu près double de celui qu'elle offre dans l'état naturel ; elle a, du reste, conservé une forme parfaitement arrondie ; malgré cet accroissement considérable de volume, elle est tout entière contenue dans la cavité cotyloïde, qui a présenté un accroissement rigoureusement proportionnel à celui de la tête du fémur. Il y a même un emboîtement plus complet que dans l'état ordinaire, et même une sorte d'incarcération de la tête de l'os dans sa cavité, par suite de l'ossification avec hypertrophie du bourrelet fibreux qui couronne le pourtour de la cavité.

La matière osseuse, qui a donné à la tête du fémur les dimensions considérables qu'elle présente, a débordé sur les côtés le col du fémur, en sorte qu'il existe une rigole circulaire profonde comprise entre le col et la base de la tête du fémur. M. Cruveilhier fait remarquer que ce reflux de la matière osseuse au pourtour du col doit être bien distingué de la formation d'une couche qui aurait engainé toute la tête du fémur et une portion du col.

Il n'existe sur cette pièce aucun vestige du ligament rond.

Les cartilages d'encroûtement sont inégaux ; ils sont remplacés, dans quelques points, et notamment dans l'hémisphère supérieur de la tête, par une couche de matière éburnée.

Tout le tissu fibreux environnant l'articulation est très épais et très condensé. Du petit trochanter s'élève une jetée osseuse de forme arrondie, ayant le volume du pouce, et qui venait s'articuler d'une manière mobile avec l'épine iliaque antérieure inférieure, beaucoup

plus saillante que de coutume. Ce prolongement osseux n'existait que d'un seul côté.

M. Charcelay montre une *tumeur encéphaloïde* située à la partie inférieure du *poumon gauche*. — Cette tumeur avait d'abord paru siéger à la surface extérieure de la base du poumon, entre cette base et le diaphragme, et, par conséquent, dans la cavité de la plèvre. Mais, sur la remarque que fit M. Charcelay, que, dans quelques points qu'on examinât cette tumeur, elle offrait partout une couche membraneuse très mince, colorée en bleu, et présentant les mêmes marbrures bleuâtres que la surface extérieure d'un poumon, on a reconnu, définitivement, que cette tumeur s'était développée, non dans l'intérieur de la plèvre, mais dans l'épaisseur même du tissu pulmonaire; qu'elle l'avait, ensuite, tellement distendu que ce tissu, réduit à une couche excessivement mince, était devenu presque méconnaissable.

Dans le poumon du côté gauche existait une apoplexie pulmonaire considérable.

M. Hache présente aussi une *tumeur encéphaloïde* qui lui-a paru s'être développée dans la cavité de la *plèvre droite*. Cette tumeur a le volume de la tête d'un adulte; elle avait refoulé le cœur à gauche; aussi les battements de ce dernier se faisaient-ils sentir très en dehors du mamelon. Le diaphragme formait une convexité très prononcée en bas, par suite de laquelle le foie avait été refoulé jusque dans la fosse iliaque droite. Les vaisseaux de cette tumeur, toute formée de substance encéphaloïde, provenaient, les uns, de la substance même du poumon, ceux-ci formant un pédicule vasculaire très résistant, et assez volumineux qui se perdait dans le corps de la tumeur; les autres naissaient du diaphragme, et avaient la même destination. Indépendamment de ces deux ordres de vaisseaux, il existait, à la surface de la tumeur, un conduit veineux ayant le volume du doigt; ce conduit parcourait aussi, dans l'intérieur de la tumeur, un trajet d'une certaine étendue. Suivant M. Hache, il ne paraissait point être une dépendance des vaisseaux avoisinant la tumeur, à laquelle il semblait, au contraire, appartenir exclusivement.

M. Desprès présente le cœur d'un sujet qui a succombé aux suites d'un *cancer d'estomac*. On remarque une *ossification complète* de toutes les branches un peu considérables de l'*artère coronaire*. Le cœur est recouvert de plaques blanches très larges placées sous la séreuse. Le sujet n'a offert aucun des symptômes de l'angine de poitrine.

M. Maisonneuve présente un cas d'*oblitération des artères des membres pelviens*, remontant jusqu'à la partie inférieure de l'aorte inclusivement. M. Maisonneuve n'a pu faire aucune recherche tendant à établir quel avait été le système de circulation qui remplaçait celui des troncs oblitérés ; circonstance d'autant plus regrettable que, 1° d'une part, la longue durée qu'annonçait l'aspect de cette affection ne permet pas de douter qu'un système de circulation supplémentaire ne se fût établi sur une large base ; 2° que, d'une autre part, la hauteur à laquelle remontait l'oblitération et son existence dans tous les troncs principaux, situés au-dessous de l'extrémité inférieure de l'aorte, ne permettent point de croire à l'existence d'une circulation collatérale, semblable à celle qui s'établit dans les cas d'oblitérations partielles plus ou moins étendues des artères du membre abdominal.

La malade n'a présenté d'autres traces de gangrène qu'une plaque de la largeur d'une pièce d'un franc, au milieu de l'articulation du gros orteil. — Elle portait un cancer à l'estomac.

M. Reignier présente aussi une *oblitération étendue des artères du membre abdominal*. Mais ici l'oblitération était beaucoup moins complète et beaucoup moins étendue que dans le cas précédent ; car au-dessous d'artères oblitérées, on trouvait des troncs entièrement perméables et libres ; beaucoup moins complète, car au milieu de quelques-uns, on trouvait un conduit central qui établissait la canalisation des caillots.

M. Cazalis présente des *altérations d'artères* chez une femme de 79 ans qui succomba à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, avec une gangrène sénile des orteils. Des douleurs vives s'étaient fait sentir dans tout le membre malade. Elles s'exaspérèrent sous l'influence d'applications excitantes, et la malade succomba. Les parois arté-

rielles offraient une rougeur vive. Le tronc de la tibiale antérieure et ses collatérales étaient converties en cordons fibreux ; il y avait oblitération de l'iliaque primitive de la crurale ; l'aorte elle-même présentait des oblitérations partielles ; les éperons artériels étaient ossifiés. Parmi les artères oblitérées, les unes présentaient un caillot central, d'autres offraient un caillot tangentiel. Le sang coagulé tapissait les parois du vaisseau ; un caillot adhérent à la paroi postérieure de l'aorte lombaire contenait du pus entre deux couches de sang, et d'autres caillots, siégeant de même dans l'aorte, présentaient à leur surface des trainées purulentes. L'hypogastrique était considérablement épaissie dans ses parois, ainsi que la terminaison de la mésentérique.

M. Pétel communique à la Société l'observation suivante : N...., affecté depuis quelque temps de démence, entra à l'hôpital Beaujon pour une *escharre gangréneuse au talon gauche*. Le 11 juillet 1834, on remarqua autour de cette escharre une rougeur érysipélateuse qui, le lendemain matin, s'était beaucoup étendue : des trainées rouges, semblables à celles qu'on voit sur le trajet d'une veine enflammée, prenaient naissance au centre même de l'érysipèle, et montaient de là en divergeant tout le long de la partie interne de la jambe, en arrière et en dedans du genou, jusqu'au milieu de la cuisse. Au-dessous de ces trainées rouges, on sentait comme de petites cordes tendues. Les ganglions de l'aîne étaient douloureux, un peu tuméfiés. Le malade était dans un état de prostration extrême : il succomba le 14 dans la matinée.

L'autopsie fut faite 36 heures après la mort. L'épiderme étant enlevé dans toute la partie qu'occupait l'érysipèle, laisse à nu le derme, qui est pâle. Nulle trace de rougeur sur toute la jambe. Vers le tiers moyen de la jambe, et à sa partie interne, on trouve les vaisseaux lymphatiques dans l'état suivant : deux branches ayant à peu près deux tiers de ligne de diamètre, se réunissent pour former un tronc commun long d'un pouce environ, qui se divise en deux autres branches semblables aux deux premières ; seulement, elles ont 2 pouces de longueur, tandis que les premières ont un peu moins. Dans toute cette étendue, les lymphatiques présentent une

couleur jaune-verdâtre, opaque. En les piquant avec une lancette, celle-ci se charge d'une partie du pus renfermé dans la cavité. La continuité de ces vaisseaux, en bas et en haut, n'offre rien de remarquable. Dans l'aîne, un ganglion plus gros qu'une amande, mou à sa circonférence, dur et rouge à son centre, reçoit une branche volumineuse renfermant un liquide blanchâtre. Les autres ganglions étaient peu volumineux, durs, rouges. Aucun ne contenait du pus. Rien dans les lymphatiques profonds de la cuisse, ni dans le canal thoracique. Dans le grand cul-de-sac de l'estomac, la membrane muqueuse présentait des arborisations brunâtres dans toute l'étendue de l'organe; elle se laisse déchirer facilement avec l'ongle. Tube digestif sain. La substance du rein gauche était ramollie à son bord externe. La rate était toute réduite en un liquide semblable à de la lie de vin. Le poumon droit était engorgé à la partie postérieure; l'autre sain. Le cœur, pressé entre les doigts, se réduisait en une palpe noirâtre; ses cavités étaient dilatées; ses parois amincies. L'arachnoïde était épaissie, opaque; les vaisseaux sous-arachnoïdiens gorgés de sang noir. Les membranes s'enlevaient avec la plus grande facilité. Dans les ventricules de chaque côté se trouvaient quelques cuillerées d'un liquide roussâtre. Rougeur et ramollissement, dans l'épaisseur d'une demi-ligne, de la surface inférieure du lobe postérieur.

M. Baillarget présente un cas d'*anévrisme de l'aorte abdominale*, qui s'est rompu dans le tissu cellulaire placé derrière le pancréas. L'épanchement sanguin est circonscrit par une membrane celluleuse résistante, que M. Baillarget considère comme étant de nouvelle formation, et représentant celle que l'on rencontre dans l'arachnoïde à la suite des épanchements sanguins de la cavité arachnoïdienne. La densité de la membrane qui circonscrivait l'épanchement sanguin abdominal; son organisation très avancée, comparée au court espace qui a existé entre la mort du malade et les signes de la rupture (il y a eu quatre jours), engagent quelques membres à élever des doutes sur le caractère attribué à cette membrane par M. Baillarget, et les portent à croire que cette enveloppe de l'épanchement n'est autre

chose que le tissu cellulaire lâche placé entre le péritoine et l'aorte, lequel aurait été condensé par la pression de l'épanchement.

Voici, du reste, les renseignements relatifs au sujet sur lequel cet épanchement a été observé :

Le malade, âgé de 34 ans, était entré comme infirmier à la maison de Charenton. Il fut forcé, au bout de quinze jours, de suspendre son service à cause de douleurs très vives qu'il éprouvait dans le dos. Il acensa, alors, des battements à l'épigastre. On trouva, en effet, au-dessous des fausses côtes, une tumeur du volume du poing, mal circonscrite, et agitée de battements très forts, isochrones à ceux du pouls. Les battements se faisaient encore sentir sous les quatre ou cinq dernières fausses côtes, et dans toute la région épigastrique. Le malade raconta, alors, que les douleurs remontaient à plus d'une année; que les battements et la tumeur étaient survenus d'une manière graduelle, ainsi que la perte d'appétit, les mauvaises digestions, la pâleur et l'amaigrissement.

Le 12 novembre, il crut sentir quelque chose se rompre dans le ventre; puis il éprouva une sensation de chaleur dans la même région, des défaillances et des douleurs vives dans le dos et dans l'abdomen, et une impossibilité presque complète des mouvements. Le 13, à cinq heures du matin, nouvelle sensation de rupture suivie de chaleur; plus tard, engourdissement dans les jambes, pâleur extrême de la face, pouls insensible, défaillances dès qu'il essaie de soulever la tête. La tumeur, située au-dessous des fausses côtes, est en partie affaissée; mais l'épigastre est dur et tendu; les battements continuent, et on entend, en appliquant l'oreille, un bruit de grosses bulles qui se crèvent une à une en produisant un son tout-à-fait métallique. Ce bruit cessait par intervalles. La mort n'arriva que le soir. Jusqu'au dernier moment, le malade se plaignit de douleurs vives dans le dos et dans le ventre: le pouls avait cessé de se faire sentir dès le matin.

A l'autopsie, on a trouvé, entre les piliers du diaphragme, une poche anévrysmale de quatre à cinq ponces de diamètre dans tous les sens, rompue en avant. Le sang s'était épanché à gauche en décollant le péritoine. Un caillot pesant plusieurs livres, entouré d'une

membrane assez dense, enveloppait de tous côtés le rein gauche ; mais ce qui nous a semblé mériter plus particulièrement d'être remarqué, c'était la présence du sang entre les feuillets du mésentère jusqu'aux intestins. On a jugé, à la consistance et à l'aspect du caillot, que le sang pouvait être épanché depuis quatre à cinq jours. Le ventricule gauche du cœur était un peu hypertrophié.

Deux choses sont à remarquer dans ce fait : d'abord, le mode d'épanchement qui explique comment, malgré la rupture, le malade a pu vivre pendant six jours ; 2^o le bruit perçu par l'auscultation de la tumeur, qui ne pouvait être produit que par des gaz, et dont la présence de l'estomac au-devant de l'anévrisme peut, jusqu'à un certain point, rendre compte.

Chez un sujet qui a succombé à une *péricardite*, M. Régnier a trouvé et montré à la Société un *corps d'aspect polypiforme*, siégeant au niveau de l'*anneau pylorique*, d'une substance rouge, livide, molle, et semblable à un caillot sanguin commençant à s'organiser. La membrane muqueuse enveloppait ce corps et lui formait un pédicule très étroit.

M. Cruveilhier donne quelques détails sur une *ulcération de l'intestin grêle* qui avait détruit toutes les tuniques intestinales, et qui était obturée par un tampon épiploïque. L'épiploon avait, en effet, contracté de fortes adhérences avec tout le pourtour de l'ulcération, et s'était ainsi substitué à la portion absente de la paroi intestinale.

M. Baillarget présente une concrétion ossiforme du volume d'un ponce cubique, et qui s'est développée dans le tissu de la rate. La substance très dure qui forme ce noyau a un reflet jaunâtre et une semi-transparence analogue à celle des pierres dans lesquelles prédomine la silice, des pierres à fusil, par exemple. La surface extérieure de cette concrétion présente des mamelons inégaux.

Les reins du même sujet contenaient du pus encore infiltré en partie dans le tissu même de l'organe.

M. Guérard présente le péritoine et la plèvre d'un sujet qui a succombé avec des symptômes obscurs de *péritonite*. Le péritoine offre les altérations qui se rencontrent d'ordinaire dans cette lésion à l'état chronique ; mais ce qu'il y a d'assez remarquable dans cette pièce,

c'est que la matière de nouvelle formation, l'espèce d'infractus semblable pour l'aspect à du suif solidifié après fusion, et dont le péritoine était doublé, pénétrait dans la poitrine par l'échancrure antérieure du diaphragme, et se continuait avec une matière analogue de la plèvre.

M. Reignier présente un foie remarquable par l'aspect bosselé et comme ratatiné de sa surface extérieure. Des sillons fibreux très-solides et coriaces parcouraient la surface du viscère aussi bien que son épaisseur, en sorte qu'il présentait un aspect cloisonné.

M. Choisy présente des ulcérations de l'intestin grêle, recueillies chez une femme de 50 ans, qui avait eu des végétations syphilitiques et des ulcérations du vagin; le col de l'utérus étant devenu fongueux, on en avait fait l'amputation qui fut suivie d'une cicatrisation complète. Mais plus tard, de nouvelles ulcérations se formèrent à la face interne de l'utérus, et la femme succomba. Les ulcérations intestinales, comparées à celles de la face interne de l'utérus, offrent avec ces derniers, la plus frappante analogie d'aspect.

M. Nélaton présente un exemple de renversement des trois tuniques de l'intestin rectum; il s'est assuré, en faisant pénétrer le doigt dans la duplicature circulaire que forment les tuniques autour de l'ouverture intestinale, que le péritoine descendait jusque dans son fond et participait au renversement. Cette pièce n'a pas été divisée.

Je remarquerai à ce sujet, qu'il y a inexactitude à dire qu'il y a renversement des trois tuniques; la péritonéale en effet peut bien descendre; mais se renverser, cela n'est pas possible.

M. Taupin fait remettre en son nom les reins d'un enfant qui a présenté tous les caractères de la *maladie de Bright*; la substance corticale est d'un gris pâle, comme atrophiée; la substance tubuleuse est, au contraire, d'un rouge vif. M. Chassaignac fait remarquer à la surface extérieure du rein quelques taches, au niveau desquelles la surface de la substance corticale est légèrement déprimée et présente une injection très manifeste; au dessous du réseau vasculaire qui forme la tache, on trouve un tissu cellulaire condensé, d'un quart de ligne d'épaisseur. Ces taches vasculaires et accompagnées de dépres-

sion paraissent correspondre à la base des cônes de la substance tubuleuse ; ils présentent l'aspect d'une cicatrice.

M. Larcher présente la *vessie et la prostate* d'un homme qui vint à l'hôpital de la Charité, demandant à être sondé. L'abdomen ayant été exploré, et les personnes auxquelles s'adressa ce malade ayant cru reconnaître que la distension de l'abdomen, qui existait chez cet homme, tenait à la présence de gaz, à cause de la sonorité du ventre pendant la percussion, on refusa de pratiquer le cathétérisme. Plus tard, cette opération ayant été tentée sur de nouvelles instances du malade, la sonde ne put être conduite jusque dans la vessie ; son extrémité parut s'arrêter dans une substance molle.

La malade, sur l'état antérieur duquel M. Larcher n'a pu fournir aucun renseignement, succomba au bout de quelques jours. A l'autopsie on trouva dans la vessie une matière noire, dont la source était dans la prostate, convertie en un foyer gangréneux, au sein duquel existaient plusieurs calculs taillés à facettes et formés de couches superposées.

Tumeur encéphaloïde dans le tissu cellulaire de la cloison recto-vaginale. Observation par M. SONNIER MORET, interne des hôpitaux.

Henriette Morel, ouvrière, âgée de 34 ans, cheveux châtains, a été menstruée dès l'âge de 12 ans, mais jamais d'une manière régulière. Elle était habituellement constipée, et n'allait guère à la selle que tous les trois ou quatre jours. Mariée à 22 ans, elle eut un an après, un enfant qui n'a pas vécu. A la suite de son accouchement, elle eut des hémorroïdes qu'elle fit disparaître en partie en les touchant avec un onguent. Depuis plusieurs années les règles s'annonçaient par du malaise et des douleurs assez fortes qui augmentèrent d'intensité il y a trois mois. Dans le courant de juin dernier, des efforts pour aller à la selle amenèrent la sortie par l'anus, d'une tumeur molle, longue

d'environ deux pouces, que la malade compare à un intestin. Quarante-huit sangsues furent appliquées en deux fois sur cette tumeur, puis elle fut réduite. Les douleurs ont sans cesse augmenté depuis, quoique la tumeur, qui n'était probablement autre chose qu'un paquet d'hémorroïdes, entraînant une partie de la muqueuse du rectum, ne se soit pas montrée de nouveau.

Le 16 août, examinant cette malade pour la première fois, je la trouve dans un état d'amaigrissement considérable; le teint est jaunâtre, la respiration suspirieuse; changements fréquents de situation dans le lit; langue sèche, soif, pas d'appétit, vomissements de matières bilieuses; douleurs dans les lombes et dans le bassin; l'abdomen n'est point douloureux à la pression, et on n'y sent point de tumeur; ténesmes fréquents. Après beaucoup d'efforts, sortie d'une petite quantité de matières mêlée de glaires. L'émission des urines est également difficile et douloureuse. Le périnée est saillant. Le doigt porté dans le vagin ne sent pas le col de l'utérus, mais rencontre à peu de distance sur la paroi postérieure, une tumeur à surface sans inégalités, qui fait une saillie bien plus considérable du côté du rectum, où elle présente également une surface lisse et arrondie. On reconnaît facilement que la tumeur, qui paraît avoir le volume du poing, a son siège dans la cloison recto-vaginale, et que les parois du rectum et du vagin ne sont nullement altérées. Le toucher, quoique pratiqué avec les plus grandes précautions, est extrêmement douloureux.

Le 25, plaintes continuelles; pas de sommeil; céphalalgie; langue sèche; le bouillon même est pris en dégoût; vomissements bilieux tous les jours, répétés à plusieurs reprises chaque jour; coliques dans le bas-ventre; abdomen indolent à la pression. Le foie descend au delà du

rebord cartilagineux des côtes ; il ne sort par les selles que quelques mucosités transparentes ; l'excrétion des urines est toujours difficile et douloureuse. Pas de toux.

Depuis quatre jours, battements dans la région cardiaque et à l'épigastre, s'étendant au côté gauche du thorax. La tête appliquée au niveau du cœur est soulevée, mais l'oreille ne perçoit qu'un bruit exagéré sans caractère particulier.

L'état de la malade empire chaque jour. Le 31 août elle a du délire pendant la nuit, et pousse des cris continuels. Depuis deux ou trois jours elle rend par les selles une certaine quantité de sang.

Le 1^{er} septembre au soir, le désordre de l'intelligence est complet ; cris par intervalles ; les yeux sont largement ouverts et brillants ; la parole a repris de la force ; le pouls est fréquent, vibrant ; la langue très sèche ; la malade dit se trouver beaucoup mieux. Elle meurt à une heure du matin.

Autopsie 33 heures après la mort. — La vessie, presque vide, est déjetée à droite ; l'utérus l'est du côté gauche, et son fond dépasse le niveau du pubis. En arrière de ces deux organes on voit les limites supérieures de la tumeur recouvertes d'une membrane facile à déchirer, d'une couleur blanchâtre en avant, noirâtre en arrière, où elle offre près du rectum plusieurs ouvertures par lesquelles on pénètre au milieu d'un tissu ramolli, dont aucune partie au reste n'est épanchée dans le bassin ou dans l'abdomen. Tout-à-fait en arrière, on n'aperçoit du rectum que son extrémité supérieure placée sur la ligne médiane ; des matières fécales moulées existent en assez grande quantité dans cet intestin, ainsi que dans le colon.

La vessie et le vagin sont sains ; le corps de l'utérus

ayant un peu plus d'un pouce et demi d'avant en arrière, et deux pouces et demi transversalement, contient dans l'épaisseur d'un tissu sain, du reste, des corps fibreux dont le plus gros est du volume d'une petite noix. Le museau de tanche est effacé; deux petits kystes occupent la place de la lèvre antérieure, et en ont la forme. On voit d'autres kystes plus petits répandus en grand nombre à la face interne du col. La surface interne de l'utérus offre quelques végétations molles et blanchâtres. A l'extérieur le péritoine recouvre cet organe comme à l'ordinaire; seulement il descend moins bas en arrière, et là on voit près de la tumeur quelques fausses membranes de forme irrégulière, et de la couleur des tissus environnants.

Des deux ligaments larges, le droit est beaucoup plus étendu que celui du côté gauche, l'utérus appuyant de ce côté contre les parois du bassin. Les ovaires sont sains; le gauche est embrassé par la trompe, qui, passant derrière lui, adhère par l'extrémité de son pavillon au corps de l'utérus. Le droit est aplati, adhérent à la tumeur par la moitié interne de sa face postérieure, mais sans se confondre aucunement avec elle. Le pavillon de la trompe vient ici se perdre sur l'enveloppe supérieure de la tumeur. La cavité des deux trompes contient une petite quantité d'un liquide blanchâtre peu épais.

Le rectum se moule sur la convexité que forme la face postérieure de la tumeur. Il offre au pourtour de l'anus quelques petites tumeurs hémorroïdales; et, à environ 5 pouces de ce point, sa paroi antérieure présente une perforation à bords noirâtres, d'un demi pouce de diamètre, par laquelle le manche du bistouri pénètre avec la plus grande facilité dans un tissu ramolli. Le reste de cet intestin est parfaitement sain, ainsi que l'S iliaque du colon.

La paroi postérieure de l'utérus (1), du vagin, de l'ovaire droit, et la paroi antérieure du rectum, sont seulement contiguës à la tumeur; elles ont quelques adhérences assez intimes, mais elles ne font nullement corps avec elle.

Le volume de cette tumeur est presque égal à celui d'une tête de fœtus à terme; elle est un peu aplatie d'avant en arrière, d'une surface assez égale, d'une consistance molle. Elle offre dans son intérieur deux substances assez tranchées, l'une occupant le centre, et la partie inférieure plus consistante, d'un jaune rougeâtre, semblable à la fibrine contenue dans les sacs anévrysmatiques, à la couleur près qui est moins intense, se laissant diviser en petits faisceaux dans un même sens; l'autre occupe la partie supérieure et est distribuée au pourtour de la masse: elle est constituée par de la matière encéphaloïde presque complètement ramollie, et réduite en plusieurs points à l'état de putrilage. On voit de petites branches vasculaires se ramifier çà et là dans cette matière.

Les autres organes n'ont pas été examinés.

Ainsi le siège de la tumeur me paraît bien déterminé; elle occupe le tissu cellulaire de la cloison recto-vaginale, et c'est dans ce tissu qu'elle a eu son point de départ.

Nous n'avons point de renseignements précis sur le début de cette affection et les progrès qu'elle a pu faire, la malade n'ayant pas été examinée avant son entrée à la Pitié.

(1) La paroi postérieure du col de l'utérus ne peut être complètement isolée; mais plusieurs coupes faites en cet endroit, perpendiculairement à la surface de la matrice, montrent que les parois ne sont nullement altérées, et que leur épaisseur y est proportionnelle à celle du reste de l'organe: une légère démarcation parfaitement tranchée forme là les limites du mal.

Depuis longtemps l'invasion des règles s'annonçait par des douleurs assez vives qui augmentèrent tout-à-coup et devinrent continues. Cette exaspération reconnaîtrait-elle pour cause un abondant épanchement sanguin dans la tumeur, épanchement sanguin auquel se rattacherait la formation de cette masse considérable, semblable à la fibrine qui en constitue la plus grande portion ?

Tous les organes importants se trouvant en dehors des limites du canal, on s'explique facilement comment l'attention de la malade fut trop tard éveillée pour qu'il ait été possible de la secourir. L'extirpation de la tumeur eût peut être été praticable à une époque peu avancée; mais si l'on considère la répugnance qu'ont toutes les malades à se laisser visiter d'assez bonne heure, la marche insidieuse des affections cancéreuses à leur début, et la difficulté du diagnostic, on conviendra que des tumeurs ainsi placées, quoique avec les conditions d'isolement les plus favorables seront presque toujours au-dessus des ressources de l'art.



SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

BULLETIN N° IX (NOUVELLE SÉRIE).

RÉDIGÉ

PAR M. CHASSAIGNAC,

Vice-Secrétaire.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique pendant l'année 1834 ; par M. CHASSAIGNAC, secrétaire de la Société.

MESSIEURS, bien que l'anatomie pathologique soit l'objet spécial de vos travaux, il ne se passe point d'année sans que des recherches plus ou moins importantes sur l'anatomie normale soient soumises à votre examen. Ainsi, vous avez eu, cette année, sous les yeux un travail très intéressant de M. Thompson sur l'anatomie de la région inguino-crurale, objet de tant de savantes recherches.

M. Cruveilhier vous a montré le résultat de ses travaux sur plusieurs particularités du système vasculaire. Vous avez vu comment, avec le secours des injections mercurielles, le périoste, chez les jeunes sujets, se trouve converti en un réseau vasculaire dont nous sommes loin de supposer l'existence dans la plupart de nos injections habituelles. Mais c'est surtout dans l'étude des lymphatiques que les résultats des injections mercurielles, soutenues par des injections qui se solidifient, vous ont paru remarquables. Sous les membranes muqueuses, sous les séreuses, à la surface du derme, se déploie un réseau à mailles extrêmement rapprochées. Ces résultats vous ont paru d'autant plus concluants, que les veines injectées sur les mêmes pièces, et contrastant, par leur aspect, avec celui des lymphatiques, ne permettaient pas la plus légère équivoque.

Conduit, par ses recherches sur la peau de l'homme, à étudier chez les animaux la disposition des papilles cutanées,

M. Cruveilhier vous a montré, sur la peau de la patte de l'ours, un système de papilles filiformes semblables à celle de la langue; mais beaucoup plus longues, et qui, implantées par leur base sur la surface du derme, sont reçues dans des espèces d'étuis taillés à facettes, et unis entre eux par une matière glutineuse, en sorte que chaque papille a son enveloppe épidermique propre.

Aux travaux relatifs à l'anatomie normale, je dois ajouter un travail de M. Nivet, ayant pour objet des recherches chimiques et microscopiques sur le sang.

Anomalies anatomiques. — Parmi les anomalies nombreuses qui vous ont été soumises, je rappellerai un cas d'absence complète des os unguis (M. Laurent, *Bulletin* 6). Une anomalie musculaire consistant dans l'existence de deux faisceaux charnus, qui, des muscles droits, s'étendaient aux sterno-mastoïdiens. J'aurais cru pouvoir passer sous silence cette anomalie, qui vous est offerte plusieurs fois chaque année, si elle n'avait eu, dans le cas actuel, ceci de particulier, que les deux faisceaux s'entrecroisaient à leur partie supérieure, en sorte que celui du côté droit se continuait avec le sterno-mastoïdien gauche, et *vice versa*.

Quelques faisceaux musculaires, en plus ou en moins, sont des anomalies de peu d'importance; mais ce qui appellera toujours l'attention, ce sont les anomalies du système vasculaire, qui peuvent donner lieu à des conséquences pratiques qu'on ne saurait pas toujours calculer, qui peuvent influer sur l'exercice des fonctions les plus importantes, et qui même, dans certains cas, sont tout-à-fait incompatibles avec la conservation de la vie, ainsi que je vais en rapporter un exemple. C'est celui qui vous fut présenté par M. Lediberder (*B.* 8): cette anomalie multiple consistait dans l'oblitération complète de l'artère pulmonaire à son origine, dans l'imperfection de la cloison interventriculaire, et dans le remplacement du canal artériel par une très petite ouverture de communication entre l'aorte et l'artère pulmonaire. Il est évident qu'avec de telles dispositions toute la masse du sang, amenée aux deux ventricules, était lancée dans l'aorte, et que le sang envoyé au poumon ne consistait que dans la très faible colonne à laquelle livrait passage la petite ouverture qui, de l'aorte, communiquait à l'artère pulmonaire. Or, le mélange des deux sangs et l'imperfection de la circulation pulmonaire étaient compatibles avec la persistance de la vie tant que le fœtus était dans le sein de la mère; mais hors de là, il devait succomber à une hématoze doublement imparfaite, et par le mélange

des deux sangs, et par l'insuffisance de la circulation pulmonaire. Aussi l'enfant chez lequel existait cette anomalie a-t-il succombé douze jours après sa naissance; et si l'on doit s'étonner d'une chose, c'est que la vie ait pu se maintenir pendant un pareil laps de temps.

Parmi les anomalies artérielles, vous avez vu: 1° une division prématurée de l'aorte abdominale qui finissait au niveau de la deuxième lombaire (M. Boinet, *B.* 8); 2° une artère rénale naissant de la bifurcation de l'aorte, et remplaçant la sacrée moyenne dans un cas d'anomalie du rein (*id.*, *id.*); 3° une anomalie de l'artère épigastrique (M. Verpillat, *B.* 6); 4° une pédieuse qui, au lieu de succéder à la tibiale antérieure, était fournie par la péronière, laquelle traversait le ligament inter-osseux (M. Nélaton, *B.* 1); 5° une anastomotique longue et grêle, unissant la partie supérieure de l'humérale à la cubitale (M. Cruveilhier, *B.* 2); 6° une cubitale sous-aponévrotique au lieu d'être sous-musculaire. (M. Chassaignac, *B.* 1); 7° une arcade palmaire superficielle, qui, au lieu d'être formée par l'union de la radiale avec la cubitale, résultait d'une anastomose de la radio-palmaire avec la branche satellite du nerf médian, (M. Bonamy, *B.* 8).

Certainement toutes ces anomalies sont loin d'offrir un égal intérêt; mais celles qui siègent dans les régions sur lesquelles on peut être appelé à pratiquer des opérations chirurgicales, sont susceptibles de modifier, d'une manière tout à fait inattendue, la marche de ces opérations et leurs suites, soit en exposant immédiatement à des accidents graves, soit en donnant lieu à de singuliers mécomptes dans les résultats qu'on se promet d'obtenir. Ainsi, peut-on atteindre une épigastrique déviée, dans un débridement herniaire, une artère anormale du bras dans une saignée; ainsi ces récurrences anévrysmales si rapides et si larges, qu'on observe dans certains cas peuvent-elles être produites par une anastomose volumineuse sur laquelle on n'avait pas compté; ainsi, après avoir lié une tibiale antérieure pour une plaie ou pour un anévrysme de la pédieuse, peut-on voir l'opération rester sans succès quand cette pédieuse naît de la péronière.

Des anomalies de longueur du canal intestinal qui ont été présentées à la Société, (M. Maisonneuve, *B.* 2), ont fourni à M. Cruveilhier l'occasion de vous faire connaître le résultat de mensurations nombreuses faites sous ses yeux à la Salpêtrière; mensurations d'où il résulte que les extrêmes oppo-

sés pour la longueur du tube intestinal, sont 7 pieds et demi pour la limite de minimum, et 21 pieds pour la limite de maximum.

Une autre anomalie assez curieuse de ce même canal, c'est l'existence des valvules conniventes au-delà du lieu où elles cessent habituellement. Vous avez vu un cas dans lequel elles se continuaient jusqu'à la valvule iléo cœcale : (M. Maisonneuve, B. 2).

Quelquefois cette anomalie paraît coïncider avec une brièveté remarquable de l'intestin grêle (M. Beau). Je ferai remarquer que ces deux anomalies, quand elles co-existent, s'expliquent rationnellement l'une par l'autre. en admettant que la diminution de longueur est due à l'absence ou à la brièveté de la portion d'intestin grêle ordinairement dépourvue de valvules.

Anomalie de l'appareil urinaire. — Les anomalies du rein, qui vous ont été soumises, peuvent se rapporter aux cas suivants : 1^o Absence complète d'un rein et de son uretère avec existence et disposition normale de la capsule surrénale du même côté, et sans aucune variété anatomique du côté opposé (M. Boinet); 2^o situation anormale d'un rein placé transversalement entre le rectum et la vessie, et tenant la place de la matrice qui était déviée avec ses annexes (M. Boinet, B. 8). Dans ces cas, il n'y avait aucun vestige de capsule surrénale.

Deux variétés relatives à l'uretère vous ont été soumises ; dans la première, deux uretères naissaient d'un même rein, et s'ouvraient dans la vessie par des ouvertures isolées (M. Lediberder, B. 8). Dans la seconde, qui n'était que le premier degré de celle-ci, un uretère en forme d'Y naissait du rein par deux branches et s'ouvrait dans la vessie par un seul canal (M. Lediberder, B. 8). Je joindrai à ces anomalies ce cas dans lequel vous avez vu le faisceau charnu qui s'étend entre les orifices vésicaux des uretères, hypertrophié et justifiant parfaitement la dénomination de *muscle des uretères* qui lui a été donnée par quelques anatomistes.

Ces diverses anomalies de l'appareil urinaire font naître les réflexions suivantes. La formation du rein et celle de la capsule surrénale correspondante sont dans une complète indépendance, puisque dans un cas vous avez vu le rein dénué de tout vestige de capsule surrénale, et que dans un autre cas vous avez vu la capsule surrénale exister, bien qu'on ne trouvât ni le rein ni l'urètre ; ensuite, des anomalies très prononcées d'un des côtés peuvent se concilier, avec une disposition parfaitement normale

du côté opposé ; enfin la déviation d'un rein peut entraîner le déplacement de quelques autres viscères et même leur expulsion partielle à travers les ouvertures normales de l'abdomen, montrant ainsi l'exemple d'une hernie produite par le fait d'une déviation anatomique ; en effet, vous avez vu une hernie inguinale de l'ovaire, qui paraissait être la conséquence d'une anomalie de situation du rein (M. Boinet, B. 8).

Sur une anomalie assez curieuse, en ce qu'elle est le premier degré de celle qui consiste dans la duplicité du vagin, vous avez vu une espèce de valvule qui, naissant de la paroi postérieure de ce conduit, se portait obliquement en avant et en bas (M. Ver-
nois).

Enfin, Messieurs, des anomalies que j'ai cru devoir placer à la suite de toutes les autres, parce qu'à elles seules elles en résument un grand nombre, ce sont ces transpositions générales de viscères dans lesquelles l'économie ne semble qu'un long contre-sens. Telle était celle que vous a si bien décrite M. Grisolles. Cette anomalie vous a permis de constater d'une manière péremptoire l'existence d'un fait anatomique encore en litige, à savoir ; la connexité qui existe entre la concavité latérale gauche de la colonne vertébrale, et la position à gauche de l'aorte. En effet, vous avez vu que l'aorte étant placée à droite, la concavité latérale existait de ce côté. Ce fait, qui vient contredire l'opinion de Bichat, sur la cause de la courbure latérale du rachis, est d'autant plus concluant, que M. Grisolles avait précisément remarqué que le sujet de cette observation n'était pas gauche.

Un autre cas de transposition des viscères chez un fœtus vous a été soumis par M. Valleix ; mais je m'abstiendrai d'entrer ici dans aucun détail, parce que cette observation doit faire l'objet d'un travail spécial.

Maladies du tissu osseux. — Les caries vertébrales ne sont pas rares ; mais on en voit peu d'exemples aussi remarquables que celui qui vous fut communiqué par M. Gendron, et dans lequel vous avez vu une dénudation complète du corps de la deuxième cervicale, avec destruction des substances intervertébrales situées au dessus et au dessous. Ce que cette pièce avait de plus remarquable, c'était moins l'altération des vertèbres que l'existence de ce vaste abcès qui, d'une part, occupait la place des deux muscles longs du col, et qui, de l'autre, pénétrant dans le canal rachidien, remontait jusqu'à la gouttière basilaire en décollant la dure-mère crânienne. C'est une chose peu commune

qu'un abcès de cette nature suive un trajet ascendant au lieu de se faire jour vers des points plus déclives que celui de son origine. A côté de cette carie et de l'abcès qui en fut la conséquence, j'en placerai une autre qui, provenant de la même source, suivit une marche descendante, mais offrit cette particularité assez curieuse, que venant comprimer la trachée et la bronche droite, il détermina dans cette région un bruit de souffle dont on était loin de soupçonner la cause. (M. Vernois, *B. 6*).

Parmi les autres exemples de carie que vous avez eus sous les yeux, je citerai une carie superficielle de la quatrième côte avec fistule cutanée; (M. Vernois, *B. 6*); une carie de deux vertèbres dorsales chez une femme de 75 ans; M. (Desprès, *B. 7*); une carie des os du pied qui vous a été présentée récemment par M. Mourette.

Quant aux nécroses, vous avez observé un séquestre du tibia complètement invaginé, et qui ne présentait aucune imminence de travail d'élimination (M. Vernois, *B. 6*); une nécrose de l'ischion qui détermina quelques uns des phénomènes de la coxalgie; (M. Nélaton, *B. 6*).

Dans certaines circonstances, les lésions que je viens d'indiquer se sont trouvées réunies chez le même sujet, et il est permis de supposer qu'elles tenaient à une même cause qu'il ne vous a pas toujours été donné de connaître; ainsi c'est sur le même individu qu'ont été recueillies la carie des vertèbres cervicales, la carie d'une côte, le séquestre invaginé du tibia que vous présenta M. Vernois (*B. 6*). C'est aussi sur le squelette du même sujet que M. Ruz vous présenta une ankylose remarquable de l'articulation coxo-fémorale, et de deux exostoses du tibia, l'une sous périostique, l'autre intra-médullaire.

Vos travaux sur la carie et la nécrose n'ont pas exclusivement consisté dans l'étude attentive des pièces qui vous ont été soumises. Un de vos membres, M. Mourette, s'est occupé dans un travail dont vous avez apprécié le caractère consciencieux, abstraction faite des résultats définitifs qu'il peut fournir à la science, de déterminer les caractères chimiques de la carie des os, de la nécrose. Comme les questions qu'il a eu pour objet d'approfondir, sont encore pendantes devant la Société, et que de nouvelles recherches ont été provoquées à ce sujet, je me borne ici à mentionner ce travail, sans entrer dans aucun développement.

Le ramollissement des os vous a été offert sous deux formes qu'on ne saurait trop s'attacher à distinguer, dans un cas que

vous a présenté M. Cruveilhier (B. 6): la friabilité, le défaut de consistance du tissu osseux, tenaient à l'infiltration abondante de matière adipeuse dans les mailles de la substance des os; cette infiltration diminuait tellement la cohésion du tissu osseux, que la croûte compacte des os longs se déchirait par lames et se laissait couper avec la plus grande facilité. Mais était-ce là un véritable ramollissement? Non; c'était bien plutôt, ainsi l'a dit M. Cruveilhier, une atrophie. La diminution de la matière osseuse était même telle en quelques points, que vous avez vu des cavités accidentelles se former dans les lieux où il n'existe pas de canaux médullaires dans l'état naturel. Ainsi M. Cruveilhier vous a-t-il présenté un col de fémur et un grand trochanter creusés d'un canal central (B. 8), ainsi encore, et à cette occasion il vous a dit avoir observé la même production d'une cavité centrale, soit dans le calcanéum soit dans les côtes.

Bien différent de cette infiltration adipeuse, le ramollissement des os vous a été présenté dans son degré le plus caractérisé, sur des pièces que vous a soumises M. Roberti (B. 2) dans ce beau cas de ramollissement général des os, survenu chez une femme encore jeune et qui présentait quelques signes d'affection syphilitique, vous avez remarqué deux circonstances dignes d'intérêt; d'abord, l'extrême vascularité du tissu osseux qui se laissait en quelque sorte exprimer comme une éponge imbibée de sang; ensuite la présence, dans la cavité médullaire des os longs, d'une matière pulpeuse, molle, rougeâtre, dans laquelle on a cru apercevoir quelques linéamens de matière purulente; enfin une résorption spontanée du col des deux fémurs, en sorte que la tête de l'os était en contact avec le grand trochanter.

Ce qui avait été, dans cette circonstance, un des effets du ramollissement des os, est, chez quelques vieillards, l'effet de leur atrophie. Si, dans l'un comme dans l'autre cas cette destruction spontanée du col du fémur était suivie d'une cicatrisation, on croirait facilement à l'examen de semblable pièce, qu'il s'agit d'une consolidation d'ancienne fracture. C'est là une cause d'erreur dont il faut tenir compte dans les prétendues consolidations qu'on croit trouver chez les vieillards, sans compter cette autre cause d'erreur qui tient à la déformation du col du fémur si fréquente dans un âge avancé.

L'encéphaloïde, cette forme de cancer qui vous a été si souvent offerte dans presque tous les organes, s'est présentée plusieurs fois dans le tissu osseux. Deux cas remarquables ont principalement fixé votre attention; dans l'un, où la matière encé-

phaloïde existait sous forme de noyaux bien enkystés, vous avez pu suivre dans les os du crâne toutes les phases que peut présenter une encéphaloïde dans sa marche au dehors du tissu diploïque, où elle semblait avoir cette fois sa première origine. En effet, vous avez vu dans ce cas des noyaux encéphaloïdes complètement engainés entre les deux lames du diploé; d'autres qui s'étaient déjà fait jour en dehors aux dépens de la lame externe; d'autres qui s'étaient fait jour au dedans aux dépens de la lame interne, tandis que l'un d'eux ayant détruit complètement les deux tables, représentait un tampon ou obturateur qui fermait complètement la perte de substance faite aux parois du crâne (M. Tessier, B. 1). La femme sur laquelle cette pièce avait été recueillie, portait un cancer au sein. La cavité médullaire des fémurs était également farcie de noyaux encéphaloïdes, et j'indiquerai, à l'article *fracture*, à quelles conséquences avait donné lieu la présence de ces masses. Un autre cas qui, sous plusieurs points de vue, est tout à fait analogue à celui-ci, vous a été présenté par M. Marotte (B. 7). La présence de la matière encéphaloïde dans les os devint également, dans ce cas, une cause de fracture.

L'encéphaloïde n'est pas le seul produit de nouvelle formation que vous ayez observé dans les os; on vous a montré l'infiltration tuberculeuse du tissu osseux: 1° dans un cas de tumeur blanche du coude, chez un enfant (M. Nélaton, B. 8); 2° dans le corps des vertèbres dorsales chez un sujet sur lequel la dure-mère rachidienne elle-même avait été détruite dans une étendue considérable par une cause de même nature (M. Petel); 3° enfin, dans le corps de quelques vertèbres lombaires, chez un enfant de cinq ans qui avait des tubercules dans le testicule (M. Nélaton, B. 6).

Je dois rapprocher des pièces sur le cancer des os, sans oser affirmer que ce soit exactement le même cas, cette production remarquable de deux énormes tumeurs, l'une à la face interne, l'autre à la face externe de l'os coxal; tumeur curieuse par la composition intime de leur tissu, et par l'espèce de zone osseuse qui entourait le lieu de leur continuité avec la substance spongieuse de l'os (M. Mercier, B. 8).

Cette zone osseuse qui entourait le pédicule de la tumeur ne semblait point être ici le résultat d'une production nouvelle; il semblait que ce fût la lame diploïque de l'os coxal que le développement de la tumeur avait fait éclater; et malgré les doutes qu'on a pu élever sur la question de savoir si cette tumeur

provenait réellement du tissu osseux, ou si elle s'était communiquée à lui, la présence d'une tumeur semblable du côté opposé du même os semble indiquer que c'était dans le tissu même de l'os qu'elles avaient une commune origine.

Le décollement des épiphyses, comme résultat de violence extérieure, ne vous a pas été offert une seule fois dans le cours de cette année ; mais comme conséquences de lésions aiguës ou chroniques des articulations, ou siégeant dans le voisinage des articulations, vous en avez observé deux exemples : l'un pour l'épiphyse supérieure du radius, dans un cas de tumeur blanche du coude (M. Defrance, B. 2) ; l'autre pour les cartilages épiphysaires de plusieurs os longs, dans un cas d'abcès sous-périostiques multiples ; M. Valleix (B. 7).

Productions osseuses anormales. — Parmi cette foule de productions osseuses de nouvelle formation qui vous ont été offertes sous les formes les plus variées, je vous rappellerai les suivantes : 1^o l'infiltration de substance osseuse dans le muscle brachial antérieur, ainsi que vous l'avez observé dans un cas de luxation ancienne du coude (M. Fleury, B. 8) ; 2^o la formation accidentelle d'un bourrelet osseux circonscrivant l'épanchement sanguin dans un cas de céphalœmatome (M. Valleix, B. 8) ; 3^o une autre forme de production osseuse nouvelle qui, tout en tenant à une autre cause différente, est évidemment de la même nature, et se développa par le même mécanisme ; je veux parler de cette remarquable production d'ostéophytes des os longs que vous présenta M. Valleix (B. 7) dans un cas d'abcès sous périostiques chez un enfant nouveau né. Vous avez vu que dans ce cas, la production nouvelle ne se présentait pas sous la forme d'un bourrelet comme dans le cas de céphalœmatome, mais bien sous celle d'un étui osseux, complet ou incomplet suivant que les os longs étaient malades à leurs deux extrémités à la fois, ou bien à une seule. Ici, la cause de la production nouvelle était un abcès, au lieu d'être un épanchement sanguin comme dans le céphalœmatome, et quant à la forme de gaine opposée à celle de bourrelet, cela tenait à cette seule différence que dans un cas la production nouvelle s'était formée sur un os large, tandis que dans l'autre elle s'était formée sur un os long. 4^o C'est sans doute au même mode de formation que se rattachent ces couches osseuses nouvelles, qui jouent un si grand rôle dans l'accroissement de volume des têtes articulaires dans la tumeur blanche ? 5^o Était ce à une cause de même nature qu'était due cette remarquable hypertrophie de la tête du fémur et de la

cavité cotyloïde que vous présenta M. Andral (B. 8), c'est ce qu'il m'est impossible de décider, d'après l'absence de tout renseignement sur les antécédents du sujet auquel appartenait cette pièce ; mais quelle qu'ait été la cause de cette hypertrophie qui me semble se rattacher à ce que Benjamin Bell désigne sous le nom de *morbus coxæ senilis*, il est manifeste que, dans ce cas, la force plastique s'était exercée avec une énergie peu commune, ainsi que le témoigne l'existence de cette longue apophyse qui du petit trochanter allait s'articuler avec l'épine iliaque antérieure inférieure, donnant ainsi à la partie supérieure du fémur, l'aspect d'une fourche qui soutenait l'os coxal dans deux points différents de son étendue. 6° Des diverses productions que je viens d'énumérer se rapprochent celles qui se développent autour d'os nécrosés : tel était l'étui osseux que vous a montré M. Fleury autour d'une esquille complètement séparée du tibia (B. 6) ; tel était encore un cas de nécrose complètement invaginée dans le corps du tibia (M. Vernois, B. 6). 7° Tout ce qui précède nous conduit naturellement aux cas de cicatrisation du tissu osseux, ou de formation de cal. Sous ce point de vue, je vous rappellerai les expériences dont M. Heine (B. 6) vous a mis les résultats sous les yeux. Vous vous rappelez qu'entre autres particularités dignes d'intérêt, vous avez noté qu'un fragment de côte complètement isolé et replacé immédiatement après, s'était réuni par un véritable cal à l'une de ses extrémités tandis qu'à l'autre extrémité il s'était formé une fausse articulation. 8° Il est une variété de production osseuse qu'on vous a montrée sur les surfaces articulaires dépourvues de leurs cartilages (M. A. Andral, B. 8) : je veux parler de cette matière éburnée qui offre, ainsi que son nom l'indique, la dureté et le poli de l'ivoire, et qui semble se former partout où des surfaces osseuses, dépouillées de cartilage, conservent la faculté de frotter l'une contre l'autre. Or, cette matière éburnée est-elle un produit nouveau ? est-elle le résultat tout spécial d'une sécrétion du tissu osseux, ou bien est-ce le tissu de première formation lui-même qui, sous l'influence mécanique du frottement, a pris une surface polie comme le feraient des fragments de marbre frottés les uns contre les autres ? J'ai peine à admettre une origine toute mécanique à cette substance si dure, si compacte et d'un aspect si différent de celui des os ; je ne puis m'empêcher de croire qu'elle est le résultat d'une sécrétion, d'une formation nouvelle, et c'est là ce qui m'engage à la mentionner parmi les productions osseuses de nouvelle formation.

comparant à un canon de fusil chargé de plusieurs balles (M. Tessier, B. 1).

Ces deux remarquables observations vous montrent, Messieurs, qu'il ne faut pas toujours attacher au mot de ramollissement des os par le cancer l'idée d'un ramollissement réel du tissu osseux mais dans bien des cas, celle d'une destruction des parois du cylindre, par une matière enkystée ou non enkystée qui, prenant la place de la matière osseuse, et réduisant les parois de la cavité médullaire à une lame très mince et très fragile, ne leur permet qu'une faible résistance quand bien même cette lame osseuse aurait conservé sa consistance intrinsèque normale.

Maladies des articulations. — Le vif intérêt qui s'attache à l'histoire des lésions des os dans leur contiguité ou dans leurs jointures, m'a porté à réunir en un groupe toutes les lésions anatomiques des articulations qui vous ont été soumises dans le cours de cette année.

Une pièce anatomique remarquable en ce que les caractères parfaitement tranchés qu'elle présentait peuvent la faire considérer comme un type dans le genre, c'est cette belle ankylose coxo-fémorale qui vous fut offerte par M. Ruz (B. 2), et sur laquelle vous avez constaté la fusion des deux os ankylosés à un point tel, que tout vestige de cartilage et de croûte compacte ayant disparu, le tissu spongieux se continuait de l'os coxal au fémur sans aucune trace de démarcation.

Une autre articulation coxo-fémorale vous a présenté un mode d'altération bien remarquable, et que j'éprouve quelque embarras à dénommer; car bien que l'hypertrophie des os fût ici la condition dominante, ce serait donner de cette lésion singulière une idée peu satisfaisante, que de la désigner sous le nom d'*hypertrophie des os*. Je crois donc pouvoir la désigner sous le nom d'*hypertrophie de l'articulation coxo-fémorale*. En effet, vous avez vu sur cette pièce que, d'un côté, la tête du fémur, ayant au moins le double du volume ordinaire, conservait dans sa forme une régularité parfaite, et que de son côté la cavité cotyloïde avait des dimensions rigoureusement proportionnelles à celle de la tête du fémur. Vous avez aussi remarqué que l'ossification du bourrelet cotyloïdien et le relief considérablement accru du pourtour de la cavité cotyloïde, avaient déterminé l'incarcération de la tête du fémur qui ne pouvait plus être retirée de sa cavité (M. A. Andral, B. 8).

C'est, Messieurs, un phénomène peu commun que l'accroissement anormal d'une tête osseuse, coïncidant avec un

accroissement rigoureusement proportionnel de la cavité articulaire correspondante. Ordinairement quand une tête osseuse croît en volume, la cavité dans laquelle elle était primitivement reçue se refuse à la contenir plus longtemps, et la tête osseuse se retire peu à peu. Il est donc permis de supposer qu'un mécanisme particulier a dû présider dans cette circonstance à la marche des phénomènes. Quel est ce mécanisme ? Je conjecture qu'il a dû être le suivant : A l'époque où, sous l'influence d'une cause qui n'a pas été connue, de la matière osseuse de nouvelle formation s'est produite; elle a envahi le bourrelet cotyloïdien, et dès lors elle a déterminé l'enclavement, l'incarcération de la tête du fémur. Cette dernière restant ainsi dans sa place et continuant à se dilater, force a été à la cavité cotyloïde de se prêter à cette dilatation et de s'agrandir en conséquence.

Au reste, je suis le premier à reconnaître tout ce que cette explication peut avoir d'hypothétique. Mais ne la trouvant pas tout à fait dénuée de vraisemblance, j'ai cru pouvoir la soumettre au jugement de la société.

Vous avez eu sous les yeux un exemple d'ankylose du genou, curieux par la pluralité des causes qui déterminaient l'immobilité de l'articulation. (M. Chassaignac, B. 4).

Les luxations qui vous ont été présentées étaient récentes ou anciennes. Parmi les premières je vous rappellerai une luxation du coude en arrière, accompagnée de déchirure partielle du muscle brachial antérieur, sans aucune altération des vaisseaux ni des nerfs (M. Boudrie, B. 6); une luxation du pied en dedans avec fracture horizontale de la malléole interne, accompagnée en outre d'une fracture de l'extrémité inférieure du péroné, dans laquelle le fragment inférieur de cet os avait entraîné avec lui une esquille ou lame osseuse taillée aux dépens de l'extrémité inférieure du tibia (M. Lediberder, B.).

A côté des luxations, se range de soi-même l'arrachement des ligaments, quand bien même cette avulsion n'aurait pas été accompagnée du déplacement des surfaces articulaires.

Vous avez observé un cas de cette espèce, et c'est peut-être un des plus rares que la science possède en ce genre; il s'agit de cette avulsion complète des deux ligaments croisés du genou, l'antérieur à son insertion tibiale, le postérieur à son insertion fémorale. Cette pièce vous a encore intéressé sous le point de vue de la netteté avec laquelle s'était opérée l'avulsion des ligaments, qui avaient laissé la surface de leur implantation parfaitement dénudée et sans aucun lambeau.

Cette avulsion, en sens inverse des deux ligaments, fait naître plusieurs questions intéressantes à résoudre sur le mécanisme suivant lequel a dû agir la cause de lésion, sur les dispositions anatomiques des deux ligaments comparés entr'eux : car ce n'est pas sans quelque cause spéciale qu'un des ligaments s'est détaché du tibia.

Aux luxations anciennes, je rattacherai cette luxation du coude en arrière, dans laquelle vous avez vu une masse osseuse occupant la place du brachial antérieur, et qui, enclavant l'extrémité inférieure de l'humérus, rendait à jamais impuissante toute tentative de réduction (M. Fleury, B...). M. Grisolles (B...) vous a présenté une luxation du cinquième doigt sur le cinquième métacarpien. Mais l'absence de renseignements n'a pas permis de déterminer s'il s'agissait d'une luxation par violence extérieure ou d'une luxation spontanée. Cette dernière conjecture vous a paru la plus vraisemblable, vu la déformation des surfaces articulaires.

Vous avez eu sous les yeux un cas de luxation incomplète de l'astragale qui s'énucléait à la fois de la surface tibiale et de la surface astragalienne. Une atrophie considérable du fémur coexistait avec cette luxation incomplète, et il est resté extrêmement probable que ce déplacement était le résultat acquis de la tendance incessante du pied à prendre la direction verticale pour suppléer au défaut de longueur du fémur atrophié ; car, d'une part, cette luxation ne semblait pas avoir été la suite d'une violence extérieure, et d'une autre part, elle ne devait pas être congéniale, attendu que les surfaces en parties énucléées conservaient encore en partie leurs cartilages, ce qui, je pense, est incompatible avec la supposition d'une luxation congéniale. Cette luxation vous a encore offert ceci de bien remarquable que, par suite de l'extension immodérée du pied, le calcaneum venait s'articuler avec le péroné, et que l'onglet postérieur de l'astragale correspondait à la surface inférieure du tibia contre laquelle il commençait à s'archouter (M. Chassaignac, B. 4).

Quelques collections purulentes dans les articulations vous ont été présentées ; mais aucune d'elles ne constituait un abcès d'articulation proprement dit : toutes se liaient à d'autres affections plus graves dont elles n'étaient qu'un accompagnement, une conséquence directe, ou bien une véritable propagation. Tels étaient cet abcès du genou chez un sujet qui succomba à un rhumatisme articulaire aigu (M. Pigeaux, B. 8) ; cet autre abcès du genou coexistant avec un phlébite spontanée du membre

pelvien (M. Fournet, B. 8) ; cet abcès de l'articulation scapulo-humérale qui s'était fait jour dans l'articulation après avoir eu son point de départ dans la fosse sous-scapulaire : (M. Vernois, B. 6) ; ces autres abcès multiples qui, périostiques dans leur origine, s'étaient propagés de là dans quelques articulations voisines (M. Valleix, B. 7). Un seul cas s'est présenté dans lequel on aurait pu croire à l'existence d'un abcès essentiel dans l'articulation tibio-tarsienne, et encore la présence d'un foyer purulent dans l'un des reins du sujet sur lequel cette pièce a été recueillie, autorise-t-elle à penser que l'abcès articulaire n'était dans ce cas que l'expression d'une lésion plus générale (M. Ruz B. . . .).

Mais ce qui vous a fourni la plus abondante moisson de lésions articulaires, c'est cette redoutable affection qui envahit, soit d'emblée, soit une à une, toutes les parties dont une articulation se compose, sorte de pandæmonium qui résume à lui seul presque toutes les altérations dont les articulations sont susceptibles, puisqu'il n'est presque aucune de ces altérations qui ne puisse être appelée à y jouer un rôle plus ou moins important. C'est assez désigner la tumeur blanche.

Ce qui doit fixer d'abord notre attention dans cette revue des articulations atteintes de tumeur blanche, ce sont, avant tout, les extrémités osseuses ; car on peut, je pense, sans trop de témérité, avancer que dans quatre-vingts cas sur cent, c'est en elles que réside le siège primitif du mal. Or, parmi les altérations de ces extrémités osseuses, on vous a présenté en première ligne leur carie et leur ramollissement (M. Nélaton, B. . .) ; leur morcellement avec séparation de fragments osseux flottant dans une tumeur blanche du coude (M. Defrance, B. 2) ; la séparation de leurs épiphyses, ainsi que vous l'avez vue dans un cas où la cupule épiphysaire de l'extrémité supérieure du radius avait été décollée, chez une fille de 16 ans ; circonstance qui conduit à se poser cette question, assez curieuse à résoudre : Quelle influence la tumeur blanche des enfants exerce-t-elle sur la soudure des épiphyses ? Vous avez encore constaté dans ces extrémités des os leur infiltration par du pus (M. Després, B. 7) ; par de la matière tuberculeuse (M. Nélaton B. 8) ; leur accroissement de volume tenant à deux causes parfaitement distinctes, d'un côté à un gonflement par intus-susception, si je puis m'exprimer ainsi, et d'un autre côté, à un accroissement par sur-application de couches de nouvelle formation, en un mot, à un accroissement par juxta-position. Vous avez vu que les caractères des couches

nouvelles consistent, 1° en ce qu'elles constituent des lames épaissies ou épaissies ; 2° en ce qu'elles présentent des trous nourriciers énormes ; 3° en ce qu'elles offrent une extrême vascularité ; 4° en ce qu'elles ont une surface périostale granuleuse et boursouflée, et une surface profonde, susceptible de se détacher de la surface osseuse primitive, en lui laissant son aspect lisse et poli (M. Nélaton, *B.* 7).

Amenés par l'inspection des pièces anatomiques de tumeurs blanches sur le terrain d'une question encore litigieuse, celle des maladies des cartilages, vous avez étudié diverses pièces qui vous ont été présentées ; tantôt ces cartilages conservant tous les caractères de l'état sain au milieu des désordres les plus graves des articulations (M. Nélaton, *B.* 7), tantôt ces cartilages résorbés. Vous avez même été témoins d'un cas dans lequel un cartilage semblait soumis à une double résorption, d'un côté par sa surface appliquée contre l'os, d'un autre côté par sa surface libre, qui se trouvait revêtue par une calotte membraneuse de nouvelle formation. (M. Nélaton, *B.*...)

Quand je me sers du mot résorption, pour désigner ces disparitions complètes ou incomplètes des cartilages d'encroûtement, je n'entends rien préjuger sur le mode suivant lequel s'effectue la disparition des cartilages articulaires ; car il est à présumer que cette disparition n'est pas le seul fait d'une résorption pure et simple, mais qu'il se passe un travail mixte, et que si c'est en définitive l'absorption qui enlève les dernières traces des cartilages, ceux-ci sont soumis à des modifications préalables de la part des liquides renfermés dans une articulation malade.

Cette destruction des cartilages dans la tumeur blanche n'est, le plus ordinairement, suivie d'aucun travail réparateur ; mais dans les cas où les surfaces articulaires dénudées de cartilages se meuvent encore, on voit les cartilages remplacés par une matière dure, semblable à de l'ivoire, véritable cartilage osseux qui, sous le rapport du poli des surfaces, le dispute aux cartilages eux-mêmes (M. Andral, *B.* 8).

Quand bien même les cartilages seraient des substances inorganisées et non vivantes, on se rendrait parfaitement compte de leurs altérations de couleur, de leur destruction, etc. Mais c'est au sujet de leur ramollissement que s'élèvent des présomptions qui semblent puissantes en faveur de l'organisation et de la vitalité de ces substances. Les pièces qui vous ont été mises sous les yeux à ce sujet peuvent se ranger en deux classes : dans les unes

le ramollissement était général. Ainsi vous avez vu le ramollissement du cartilage de la rotule dans un cas d'abcès du genou (M. Fournet, B. 8). Vous avez vu que dans les cas de cette espèce le cartilage ramolli se présente sous l'aspect d'un velours, dont les villosités peuvent être couchées et renversées les unes sur les autres, comme les villosités intestinales ou les papilles de la langue. L'existence de ces cas de ramollissement général est compatible avec l'idée d'un ramollissement du cartilage par macération, par influence chimique, etc. Mais que penser de ces ramollissements circonscrits qui font tache dans le cartilage, qui, d'un côté forment une île parfaitement isolée au milieu d'un cartilage sain, et qui non-seulement n'occupent pas toute la largeur du cartilage, mais encore ne le pénètrent pas dans toute son épaisseur, et n'arrivent pas au contact avec l'os ? J'avoue franchement que, tout en inclinant vers l'opinion de la non vitalité des cartilages, ces ramollissements insuliformes me semblent fournir matière à des objections embarrassantes et qui donnent sérieusement à penser.

A défaut de toute autre considération, les seules différences physiologiques qui existent entre les cartilages épiphysaires et les cartilages d'encroûtement, suffiraient pour faire admettre *a priori* que leurs altérations ne doivent pas être de la même nature. M. Nélaton (B. 7) est venu confirmer, par une observation directe, cette hypothèse pleine de vraisemblance. Il vous a montré dans un cas de tumeur blanche, chez un enfant, des petites vésicules existant au sein du cartilage épiphysaire, contenant une substance albumineuse, et communiquant avec des vaisseaux émanés de la substance osseuse de la diaphyse.

L'inflammation des synoviales vous a été offerte à un haut degré dans une articulation coxo-fémorale chez un enfant ; vous avez vu le réseau vasculaire sous-synovial pénétré d'une injection sanguine d'un rouge vif, et dont l'aspect rappelait celui de la pie-mère. La même synoviale vous a présenté une série de granulations blanches que M. Nélaton a comparées avec beaucoup de justesse, à celles qu'on trouve dans certaines péritonites (M. Nélaton. B. 8).

On vous a présenté des pseudo-membranes articulaires sous des formes variées. Ainsi, dans un cas de tumeur blanche du genou, vous avez vu tout le cartilage d'encroûtement du fémur revêtu d'une calotte pseudo-membraneuse ayant une ligne d'épaisseur, un aspect granuleux et pouvant, ainsi que M. Cruveilhier vous l'a fait remarquer, faire naître l'idée d'une synoviale

épaissie (M. Nélaton. B. 7). Ici l'erreur était facile à éviter ; il n'en est pas ainsi d'un cas de tumeur blanche, chez un enfant de dix ans, sur lequel on vous a montré la cupule cartilagineuse du radius revêtue d'une lame membraneuse, très fine, de nature cellulaire et membraneuse qui se perdait d'une manière insensible à la surface du cartilage (M. Nélaton. B. 8).

Au milieu des faits qui précèdent, vous aurez sans doute remarqué, Messieurs, que c'est dans la tumeur blanche chez les enfants que vous avez deux fois rencontré, à des périodes diverses d'organisation, des productions pseudo-membraneuses, et que cette même tumeur blanche des enfants vous a offert deux lésions, qui ne sauraient se rencontrer chez l'adulte : savoir : le détachement des épiphyses, et la lésion qu'on peut, je crois, nommer, *altération vésiculaire* des cartilages épiphysaires.

Toutes ces belles pièces de tumeurs blanches n'ont point passé sous vos yeux, sans soulever d'importantes questions. A l'occasion de la tumeur blanche coxo-fémorale, je vous rappellerai une opinion de M. Nélaton qui pense qu'entre autres causes du raccourcissement du membre dans la coxalgie, il faut noter le raccourcissement du fémur par atrophie de cet os suivant la longueur, et le refoulement possible en haut de l'hémisphère supérieur de la cavité cotyloïde, par la pression longtemps prolongée qu'exerce contre elle la tête du fémur, poussée par la contraction tonique des muscles qui environnent l'articulation. Bien que ces remarques se rattachent essentiellement à la tumeur blanche, elles vous ont été soumises à l'occasion d'une carie de l'ischion qui avait donné lieu à plusieurs des signes de la coxarthrocace, et dans laquelle le fémur, du côté malade était de trois lignes plus court que celui du côté opposé (M. Nélaton. B. 8).

Lésions des centres nerveux. — En tête de cette classe, je placerai les altérations variées qui vous ont été soumises comme conséquences, ou comme accompagnements des fractures du crâne. Car il n'est pas une seule fracture de cette espèce, qui vous ait été offerte à l'état de simplicité, en sorte qu'on ne doit ici envisager la fracture, que comme un accessoire, et la lésion des organes contenus, comme l'affection principale. C'est ce que vous avez eu occasion d'observer : 1° dans un cas de fracture de la base du crâne, s'étendant depuis la petite aile du sphénoïde jusqu'au trou occipital, et qui était accompagnée d'un épanchement sanguin diffus à la base du crâne, et de contusion à l'hémisphère gauche du cerveau, ainsi qu'à l'hémisphère droit du cervelet (M. Tessier, B. 7) ; 2° dans une fracture de la voûte du crâne,

avec épanchement sanguin considérable, situé entre la dure-mère et les os, et offrant ceci de bien remarquable, qu'il communiquait à travers une ouverture de la dure-mère avec un autre épanchement sanguin, siégeant dans la cavité de l'arachnoïde. (M. Fleury, B. 2).

Que ce second épanchement ait été dû à la diffusion du premier dans la cavité arachnoïdienne à travers la déchirure de la dure-mère, rien n'est plus probable. Mais ce qui mérite d'être noté avec soin, dans la comparaison de ces deux épanchements, de celui qui était extérieur à la dure-mère et de celui qui lui était inférieur, c'est que ce premier offrait une couleur noire foncée, tandis que l'autre présentait une couleur chocolat, et des stries jaunes qui lui donnaient un aspect velouté. Faut-il attribuer cette différence à la nature du travail qui s'opérait déjà dans la cavité de l'arachnoïde, ou bien seulement au mélange du sang avec des fluides sécrétés par cette membrane ? C'est ce qu'il est assez difficile de décider.

Deux cas de fracture de la voûte orbitaire vous ont été présentés. Dans l'un d'eux, on trouva un caillot sanguin volumineux, siégeant à la partie antérieure du lobe gauche du cerveau ; il y avait fracture d'un des rochers (M. Després, B. 6). Dans l'autre cas, il n'y avait pas fracture du rocher ; mais on remarqua, à la base de cette pyramide, un épanchement sanguin siégeant dans la substance diploïque (M. Tessier, B. 5). On trouva dans la substance cérébrale, un de ces épanchements sanguins à foyers très multipliés et très petits, qui justifient si bien la dénomination d'apoplexie capillaire, introduite dans la pathologie par M. Cruveilhier.

Les autres fractures du crâne que j'ai à vous rappeler, étaient toutes accompagnées de quelque circonstance remarquable. Ainsi dans l'une il y avait rupture de l'artère méningée moyenne, dont le trajet était croisé perpendiculairement par une fracture du pariétal (M. Tessier, B. 1). Dans une autre fracture siégeant à l'occipital, il y avait un écartement de la suture lambdoïde (M. Fleury, B. 1). Dans un autre cas, vous avez vu une fracture de la base du crâne avec disjonction de la suture lambdoïde, fracture du conduit auditif, et déchirure du sinus latéral gauche. Cette déchirure avait donné lieu à une hémorrhagie à travers l'oreille gauche. Ce qui vous a surtout frappé dans cette observation, c'est que tant que le sang put s'écouler à travers le conduit auditif, aucun accident ne survint, tandis que des symptômes graves se manifestèrent aussitôt que cessant de couler au dehors, il forma

épanchement à l'intérieur du crâne. C'était donc une circonstance heureuse de la fracture avec épanchement, que sa propagation ait conduit auditif, et sous ce rapport, on peut dire que l'accident avait lui-même établi une contre-ouverture très favorable.

Parmi les productions variées qui vous ont été offertes comme ayant leur point de départ dans la dure-mère, je placerai en première ligne, l'altération qu'on désigne sous le nom de *fongus* de cette membrane. Vous avez vu un *fongus* pédiculé qui, effectuant son développement à l'intérieur au lieu de se faire jour du côté des os, avait comprimé la partie antérieure de l'hémisphère gauche (M. Prunet, B. . . .).

* C'était encore un *fongus* pédiculé que cette tumeur de la dure-mère qui, ayant détruit la lame criblée de l'ethmoïde, pendait dans l'intérieur des fosses nasales, et aurait pu faire naître l'idée d'un polype, si elle eût été aperçue pendant la vie ; exemple remarquable de ce que l'anatomie pathologique peut nous apprendre sur la migration et les apparences trompeuses de certaines tumeurs, dont on ne soupçonnerait jamais le point de départ, si les données anatomiques ne nous éclairaient à ce sujet (M. Reigner, B. 6).

L'existence de deux feuillets dans la dure-mère n'est pas une vérité démontrée pour tous ; mais s'il est au pouvoir des altérations anatomiques de démontrer l'existence de ces deux feuillets, c'est bien certainement dans des cas semblables à celui que vous a montré M. Delmas (B. 8), et dans lequel un kyste développé dans l'épaisseur de la faux du cerveau, l'avait dédoublé avec une parfaite exactitude, lui donnant un aspect que je ne puis mieux rendre qu'en le comparant à celui de la coque bivalve de certaines légumineuses.

Un cas très curieux de production de matière tuberculeuse dans la dure-mère rachidienne, vous a été présenté par M. Patel (B. . . .).

Enfin, Messieurs, une altération de la dure mère vous a été soumise, offrant des caractères tellement spéciaux, qu'il a paru impossible de la rattacher à aucune lésion connue, et que je me suis vu forcé de la désigner dans vos Bulletins sous le nom de *lésion particulière, semblant avoir son point de départ dans la dure-mère crânienne*.

Quand on rencontre une lésion anatomique qu'on ne peut faire rentrer dans les cadres déjà connus, il faut d'abord se demander si l'impossibilité qu'on éprouve à classer cette lésion, tient à un défaut d'observation assez attentive, ou bien à ce qu'on ne connaît

pas nettement tous les caractères des lésions décrites. Si à ces questions on se croit en droit de répondre par la négative, on est nécessairement conduit à admettre que toutes les familles de lésions anatomiques, ne sont pas encore connues et suffisamment décrites. Et certes, Messieurs, l'anatomie pathologique est une science encore trop nouvelle, pour qu'on puisse regarder cette proposition comme inadmissible.

Quoi qu'il en soit, dans l'impossibilité d'imposer une dénomination caractéristique à cette altération singulière, notre rôle à nous, c'était de la décrire avec assez de soin pour laisser un terme de comparaison à ceux qui en observeraient de semblables, afin de les mettre à même de fixer le véritable caractère de cette altération, soit en la faisant rentrer dans les cadres connus, soit en formant pour elle une classe spéciale. (*Voy. B. 5, M. Tessier.*)

La Société anatomique, plus féconde encore par les matériaux qu'elle peut offrir à ceux qui travaillent, que par les doctrines scientifiques qu'elle établit, a eu cette année l'honneur de voir juger dans son sein une question d'anatomie pathologique d'une haute importance. — A l'occasion d'un cas d'apoplexie méningée (*M. Longet, B. 3*), un des membres de cette Société, M. Bail-larget, vous a lu un mémoire où, en se livrant à une critique judicieuse des faits de ce genre, il démontre péremptoirement que les épanchements sanguins de l'arachnoïde, sont constamment enveloppés par un double feuillet de nouvelle formation; que le feuillet qui revêt la surface de l'épanchement, du côté du cerveau, a souvent donné le change aux observateurs qui, prenant ce feuillet pour l'arachnoïde, ont cru à la possibilité et à l'existence d'épanchements sanguins considérables et instantanés entre la dure-mère et l'arachnoïde pariétale; opinion que répudiaient formellement les données anatomiques normales sur l'union intime de l'arachnoïde à la dure-mère, mais qui pouvait conserver encore quelques partisans, avant que notre collègue en eût fait ressortir l'in vraisemblance en signalant les circonstances qui l'avaient accréditée.

M. Tessier (*B. 6*) vous a aussi présenté un caillot dans l'arachnoïde: il vous a fait remarquer que les couches les plus extérieures de ce caillot présentaient plusieurs groupes vasculaires de nouvelle formation, semblant avoir leur centre dans le caillot et leurs ramifications à la périphérie.

Plusieurs cas intéressants de tumeurs encéphaloïdes siégeant, soit à la surface, soit dans le tissu même des centres nerveux, vous ont été présentés. Parmi ceux de la première espèce, je

rappellerai une tumeur encéphaloïde située à la base du crâne, et comprimant la moitié droite de la protubérance (M. Tessier, B. 6). Une tumeur plutôt fibreuse qu'encéphaloïde, située sur la valvule de Vieussens et de forme pédiculée (M. Reignier, B. 5). Une autre tumeur encéphaloïde enchaînée en quelque sorte dans la moitié droite de la protubérance, déterminant la compression de presque tous les nerfs voisins, et offrant ceci de remarquable qu'elle fournissait dans le conduit auditif interne un prolongement qui avait considérablement dilaté ce conduit et atrophié les deux nerfs qui s'y trouvent (M. Boyer, B. ...). A la même catégorie se rattache cette tumeur pédiculée de forme olivaire que M. Hardi vous a montrée dans la cavité de l'arachnoïde rachidienne (B. 4).

Deux cas seulement d'encéphaloïde dans le tissu nerveux vous ont été présentés. Dans le premier, la tumeur occupait l'hémisphère droit du cerveau (M. Bell, B. 2) ; dans l'autre, elle siégeait dans la protubérance, et de même que les tumeurs de toute espèce qui se développent dans le voisinage de cette protubérance tout entourée, et qui plus est, toute pénétrée de filets nerveux, celle-ci avait comprimé plusieurs nerfs ; circonstance qui, grâce à l'observation très délicate qu'on avait faite des symptômes, vous a mis à même d'apprécier quelques particularités importantes pour l'histoire physiologique de ces nerfs (M. Carré, B. 4).

Une production dont la nature n'est pas parfaitement connue mais qui ne vous a été offerte que dans les centres nerveux, c'est cette matière perlée ou nacrée qui, tantôt sous forme de paillettes semées au milieu d'un tubercule, tantôt sous forme de coque ou de kyste, se rencontre dans les diverses dépendances du système nerveux ; on vous a montré cette production sous forme de paillettes, 1^o dans un tubercule compact du cervelet (M. Pégot, B. 2) ; 2^o dans un kyste situé à la partie postérieure de l'hémisphère droit du cerveau (M. Vernois, B. 1).

Vous avez vu un très beau cas dans lequel c'était la matière nacrée elle-même qui formait l'enveloppe extérieure d'une tumeur qui comprimait le cervelet, et avait déterminé une paralysie du côté de la compression (M. Peyrot, B. 1).

A côté de ces productions anormales, je placerai deux belles observations ayant pour objet l'un des tubercules développés dans le cervelet et dans la protubérance (M. Bell, B. 1) ; l'autre, deux tubercules de la moelle épinière (M. Eager, B. 2).

M. Cazeaux vous a présenté un cas d'hypertrophie du cerveau (B. 4) ; M. Saint-Yves, un cas d'atrophie d'un hémisphère

cérébral, coïncidant avec l'atrophie de l'hémisphère cérébelleux du côté opposé. Cette coïncidence, que M. Cruveilhier vous a déjà plusieurs fois signalée, semble indiquer quelque relation spéciale; mais peu connue, entre l'hémisphère cérébral d'un côté et l'hémisphère cérébelleux du côté opposé. Enfin, M. Cruveilhier vous a présenté un beau cas d'atrophie de la protubérance et du bulbe rachidien (B. 5).

Trois poches ou kystes dont l'origine primitive était probablement un abcès dans les hémisphères du cerveau, vous ont été présentées, toutes trois remarquables par quelque circonstance digne d'intérêt. Dans le premier, il s'agit d'un kyste d'abcès du cerveau présentant à sa surface extérieure une arborisation vasculaire ayant avec les vaisseaux du système général les communications les plus apparentes (M. Tessier, B. 6). Dans le deuxième cas, c'est un véritable abcès enkysté du cerveau qui détermina une mort subite en s'ouvrant et en versant le pus dans un des ventricules latéraux (M. Maisonneuve, B. 3). Dans le troisième, il s'agit d'une cavité ancienne tapissée par une membrane ayant l'aspect d'un infundibulum, dont le sommet s'ouvrait dans le ventricule latéral, et dont la base était appuyée à un point des parois du crâne où il y avait absence des membranes, destruction de la paroi osseuse, et cicatrice linéaire à la peau (M. Pigné, B. 6).

Deux apoplexies de la protubérance vous ont été présentées; toutes deux avaient fait irruption au dehors de leur siège primitif, mais la première s'était ouverte dans le canal rachidien (M. Hache, B. 2); l'autre dans le quatrième ventricule et l'aqueduc de Sylvius (B. 8).

Affections diverses de la tête, du col et du thorax. — Une tumeur athéromateuse du cuir chevelu qui présentait un commencement d'énucléation spontanée, a soulevé la question de savoir s'il s'agissait d'un follicule sébacé gonflé par de la matière athéromateuse, et dont le goulot était en voie de dilatation, ou bien si l'énucléation spontanée de la matière contenue dans un kyste était due à une ulcération aux parois de ce kyste. Quelle que soit l'opinion qu'on se forme à ce sujet, vous avez noté l'état parfaitement cicatrisé des bords de l'ouverture à travers laquelle on voyait à nu la matière contenue dans le kyste (M. Reignier, B. 3). On vous a présenté une tumeur aqueuse située au grand angle des paupières, et qui aurait pu faire naître quelques doutes sur l'existence d'une tumeur lacrymale (M. Reignier, B. 8). Vous avez encore vu une autre tumeur bien autrement remar-

quable, qui siégeait également au grand angle de l'œil où elle était venue s'ulcérer, tumeur dont on était bien loin de soupçonner la nature et le point de départ; car elle était le résultat de la migration d'un polype des fosses nasales qui s'était fait jour dans l'orbite par la destruction de la lame plane de l'éthmoïde (M. Lenoir, B. 4).

Les pièces d'anatomie pathologique de l'œil ont été rares; la seule qui vous ait été soumise avait pour objet une ophthalmie interne des plus intenses sur laquelle vous avez observé la production de fausses membranes sur l'iris; la diffuence et l'état purulent du corps vitré, l'injection sanguine très vive de la rétine (M. Boudrie, B...). Vous avez dû aussi à M. Sichel un travail sur le staphylome postérieur de la sclérotique, travail dans lequel cet ophthalmologiste établit que la cause du staphylome postérieur de la sclérotique réside dans un ramollissement de la sclérotique accompagné d'une adhérence des membranes de l'œil les unes avec les autres (M. Sichel, B. 6).

Deux fois vous avez eu sous les yeux des cas d'amputation de la mâchoire inférieure, avec désarticulation d'un des condyles, et vous avez appris que, dans un des cas, cette opération hardie avait été suivie d'une guérison complète et remarquable par sa rapidité surprenante (M. Pauli, B. ...).

C'est principalement dans les viscères que siégeaient les acéphalocystes qui vous ont été montrées; néanmoins vous avez observé leur présence dans une tumeur du col dont l'ablation a été faite par M. Roux (M. DeFrance, B. 1).

Trois tumeurs du sein dont l'ablation avait été faite sur le vivant, vous ont été présentées; l'une était d'apparence fibreuse et n'offrait aucune trace de dégénérescence imminente (M. Caffé, B. 8); une autre formait une masse considérable dans laquelle se trouvaient réunies les diverses formes du cancer; le squirrhe, l'encéphaloïde, la matière colloïde, mêlée à des foyers sanguins et à des concrétions polypeuses (M. Denonvilliers, B. 5). Dans le dernier cas, c'était une tumeur du sein reparaissant après amputation, mais qui ne siégeait point dans la cicatrice de l'opération primitive (M. DeFrance, B. 1).

Maladie de l'appareil respiratoire. — Vous n'avez eu cette année qu'un seul exemple de cette redoutable affection, désignée sous le nom de *laryngite purulente*, et dans lequel on vous a montré, sous une muqueuse saine, le cartilage cricoïde largement dénudé, et baignant dans le pus (M. Vernois, B. 6).

Parmi les encéphaloïdes qui vous ont été présentées comme

siégeant dans les organes de la respiration, les unes résidaient dans l'enveloppe du poumon, les autres dans le poumon lui-même. Dans le premier cas se trouvaient : 1° la tumeur encéphaloïde volumineuse que vous présenta M. Charcelay (B. 6), tumeur remarquable en ce que l'excessive minceur de la couche de tissu pulmonaire qui la recouvrait, du côté de la plèvre, pouvait donner lieu de croire que c'était dans la cavité même de cette membrane, que la tumeur avait eu son origine. — Dans un autre cas d'encéphaloïdes multiples formées dans la substance du poumon, une circonstance qui a dû frapper votre attention, c'est la présence de concrétions ossiformes ; et en me servant ici de l'expression d'ossiformes, ce n'est pas pour désigner vaguement une concrétion dure se rapprochant plus ou moins d'un produit calcaire, c'est avec l'intention de vous rappeler que ces noyaux avaient un aspect tellement semblable à celui des os, qu'on les aurait pris, en les voyant isolées, pour des esquilles de fracture (M. Ribes, B. 7).

Une seule tumeur encéphaloïde, remarquable par son énorme volume (celui d'une tête d'adulte), a paru s'être développée dans la plèvre, et bien que celle-là ne fût point tapissée d'une couche mince de tissu pulmonaire, vous avez pu remarquer, Messieurs, qu'elle communiquait avec le tissu du poumon par un faisceau vasculaire assez épais. Certainement, je ne crois pas qu'on ait aucun motif pour nier à priori d'une manière absolue, la possibilité d'une formation d'encéphaloïde dans la cavité d'une membrane séreuse, et par conséquent pour contester à la tumeur dont je parle le point d'origine qu'on lui a assigné. Mais je demanderai si une tumeur qui, développée primitivement sous une couche mince de tissu pulmonaire, et qui, détruisant par son accroissement ultérieur la couche mince dont elle était revêtue, aurait ensuite effectué son développement dans la plèvre, ne tenant plus au tissu du poumon que par un pédicule ; je demande, dis-je, s'il y a un seul caractère qui pût la différencier de celle que vous a présentée M. Hache. Or, si ce caractère n'existe pas, comment pourrait-on décider que la tumeur en question, s'était développée primitivement dans la plèvre. Ce n'est pas seulement à ce cas en particulier, que s'adresse ce que je viens de dire ; mais s'il est d'une haute importance en anatomie pathologique, de déterminer avec précision le point de départ, le foyer primitif des productions nouvelles, toute considération qui peut guider dans des déterminations de cette nature, mérite, ce me semble, une mention spéciale. Le résumé de toute cette discussion, c'est

que, de toutes les tumeurs encéphaloïdes soumises à la Société, il n'en est aucune à l'égard de laquelle nous ayons pu nous croire autorisés à admettre, qu'elle eût son point de formation dans la cavité d'une membrane séreuse.

On vous a présenté une pièce très importante de balle logée pendant vingt-cinq années dans le tissu du poumon, et malgré l'extrême tolérance que semble supposer dans le tissu pulmonaire un enkystement aussi prolongé, vous avez appris que c'est aux accidents causés par la présence de cette balle, qu'a succombé le malade (M. Martel, B. 6).

M. Hache (B. 6), vous a présenté un cas de double caverne gangréneuse du poumon, et M. Després vous a montré un cas de pleurésie avec fausses membranes dans lequel, bien qu'il n'y eût aucun vestige de fistule pulmonaire, il a entendu le bruit métallique.

Maladies de l'appareil circulatoire. — M. Maisonneuve vous a présenté un cas de péricardite avec fausses membranes, dans lequel on pouvait distinguer deux couches membraneuses d'aspect différent, soit qu'elles appartenissent à deux époques différentes de formation, soit qu'elles fussent le résultat d'un départ opéré au sein d'un seul et même épanchement (M. Maisonneuve, B. 6).

Parmi les exemples d'hypertrophie du cœur qui vous ont été soumis, les uns coïncidaient avec la dilatation des cavités (M. Ribes, B. 6), les autres se conciliaient avec un état normal de ces dernières. La plupart de ces hypertrophies étaient exemptes de toute altération de texture; mais une d'elles vous a paru extrêmement remarquable par la conversion en tissu fibreux de la membrane interne du ventricule gauche, ainsi que par l'état coriaca et filandreux que présentait le tissu charnu du cœur dans une étendue de quelques pouces (M. Reignier, B. 6).

Maladies des artères. — Divers cas d'insuffisance des valvules aortiques vous ont été présentés, sur lesquels vous avez vu que cette insuffisance tenait tantôt à ce que le bord libre des valvules se trouvait dans un état de tension et de rigidité, qui ne permettait plus à ces replis membraneux de s'abaisser suffisamment, pour boucher la lumière du vaisseau. (M. Brun, B. 66); tantôt à ce que des valvules percées à jour, dans leur centre, laissaient retomber à la manière d'un tamis le sang de l'aorte dans le ventricule gauche; et vous avez dû remarquer que cette dernière altération pouvait être envisagée comme la guérison d'une autre maladie, celle qui consisterait dans l'oblitération imminente de

L'aorte par des végétations développées sur les valvules (M. Chas-saignac. B. 1).

Des pièces se rapportant à l'inflammation des artères vous ont été soumises; je vous rappellerai à ce sujet l'observation que vous communiqua (M. Robert. B. 7), d'une inflammation de l'artère brachiale, dans un cas de gangrène de la main. Un autre cas plus curieux encore de phlegmasie artérielle très étendue vous a été présenté par M. Cazalis (B. 8); vous avez pu constater dans ce cas la rougeur vive des artères enflammées, la conversion de quelques-unes en cordons fibreux; l'oblitération par caillots sanguins des artères crurale et iliaque primitive; l'oblitération partielle de l'aorte; la présence du pus dans les artères, tantôt au centre d'un caillot et entouré de tous côtés par du sang, tantôt à la surface même des caillots aortiques, et par conséquent se trouvant en nature au contact du sang circulant dans l'aorte, enfin l'épaississement considérable des parois artérielles.

L'inflammation des artères, qui paraît ne pouvoir exister à un degré un peu élevé sans entraîner l'oblitération complète ou incomplète des vaisseaux qu'elle envahit, nous conduit tout naturellement à l'examen des cas intéressants d'oblitération artérielle qui vous ont été présentés. Or, parmi ces cas d'oblitération des artères qui ne coïncidaient pas avec une inflammation actuelle de ces vaisseaux, je vous rappellerai : 1^o un cas d'oblitération presque complète du tronc brachio-céphalique par un caillot fibrineux (M. Brun, B. 6). Un autre cas d'oblitération des artères du membre pelvien, dans lequel l'oblitération n'était pas complète, puisqu'au-dessous de troncs oblitérés se trouvaient des artères parfaitement perméables. La perméabilité des vaisseaux paraissait même avoir commencé à se rétablir dans quelques artères par le moyen d'une canalisation au centre des caillots (Reignier, B. 8). — A côté de cette oblitération, qui était en quelque sorte en voie de guérison, et qui n'était du reste pas complète, je placerai celle que vous a présentée M. Maisonneuve (B. 8). Ici l'oblitération était complète, l'état des artères attestait qu'elle devait être ancienne, et en outre elle remontait plus haut dans l'aorte abdominale qu'aucune de celles qui vous ont été présentées cette année. — Il n'est pas douteux, vu l'ancienneté de cette oblitération, qu'un système de circulation collatérale ne se fût établi mais nous avons à regretter de ne pouvoir spécifier quel en avait été le mode.

Anévrysmes. — En suivant les anévrysmes qui vous ont été présentés, à partir du centre circulatoire, vous avez vu d'abord un

cas dans lequel un anévrysme très volumineux de la première courbure de l'aorte offrait l'imminence d'une double perforation, l'une en avant à travers la peau dans un espace intercostal ; l'autre, en arrière, à la paroi antérieure de la trachée (M. Delmas, B. 7). La tumeur considérable qui formait l'anévrysme présentait à sa partie antérieure un prolongement ou cordon fibreux creux intérieurement, dont la nature n'a pu être rigoureusement déterminée, mais qui semblerait être un reste de la sous-clavière droite. A ce sujet, on pourrait se proposer une question intéressante à résoudre, c'est la suivante : Quelles sont les altérations que subissent les veines sous-clavières dans les anévrysmes de la première courbure de l'aorte ?

Un autre cas qui soulève des questions plus importantes, c'est cet anévrysme de l'aorte dont la dissection a été faite par MM. Denonvilliers et Nélaton, cas dans lequel une poche anévrysmale, communiquant avec l'artère par un orifice rétréci, n'offrait aucune trace de rupture aux trois tuniques artérielles. Cette circonstance est tellement en contradiction avec le résultat général des observations d'anévrysme, que la Société anatomique, avant de prendre sous sa responsabilité l'admission d'un pareil fait, renvoya l'examen de la pièce à une commission au nom de laquelle M. Bérard jeune vous fit un rapport qui confirmait en ce qu'elle a de plus important la disposition dont je viens de parler, c'est à dire la continuité et l'identité parfaite des tuniques de l'artère et de celles de l'anévrysme.

L'inextensibilité des tuniques interne et moyenne ne permet guère de concevoir comment, même dans un tronc aussi volumineux que celui de l'aorte, elles auraient pu prêter au point de former une poche de volume que vous avez vu ; comment, ensuite, ayant prêté à ce point, elles auraient continué à se dilater, de telle sorte qu'elles aient pu, sans se rompre, permettre la formation d'un goulot ou collet faisant communiquer l'artère avec le sac anévrysmal. Mais enfin, quand bien même ce fait paraîtrait incompatible avec les propriétés connues des artères, quand bien même il serait contradictoire aux principes que Scarpa a déduits de ses belles recherches, peut-on exiger de ceux qui ont examiné cette pièce avec une juste défiance qu'ils renoncent aux témoignages de leur sens, et qu'ils révoquent en doute la possibilité de ce fait ? Seulement, je ferai une remarque : s'il est dans la nature de ce cas d'être tellement rare qu'on ne l'ait presque jamais observé, s'il arrivait qu'il ne se reproduisît plus, on conçoit qu'il ne saurait altérer la doctrine qui n'admet d'anévrysme

volumineux, et à goulot rétréci, que là où il y a rupture des tuniques interne et moyenne des artères.

En nous éloignant du centre, les anévrysmes des artères rentrent dans le domaine de la chirurgie, et M. Boinet (B. 6), vous a lu l'observation très intéressante d'une des tentatives les plus heureuses, du moins dans ses résultats immédiats, qui aient été faites dans ce genre. Je veux parler d'un cas d'anévrysme du tronc brachio-céphalique pour lequel M. Laugier a pratiqué la ligature de la sous-clavière, opérant ainsi à la méthode de Brasdor.

Un anévrysme de la sous-clavière, que vous présenta M. Maisonneuve (B. ...), offrait un caractère tel qu'on fut conduit à se demander si une tumeur accolée à l'artère ne s'était point fait jour dans l'intérieur du vaisseau, ou bien si la poche s'était développée par le mécanisme ordinaire de la formation des anévrysmes.

Maladies du système veineux. — Vous avez eu sous les yeux plusieurs pièces importantes qui se rattachent à l'inflammation des veines, à la phlébite, et, par conséquent, à une question déjà si savamment étudiée, et dont la solution laisse, cependant, encore tant à désirer.

M. Teissier vous a présenté un cas d'inflammation des veines crurale et iliaque, sur lequel il vous a montré une fausse membrane située à l'embouchure de la veine iliaque dans la veine cave, ce qui rendait toute communication impossible entre la cavité de cette dernière et celle des veines enflammées. Vous avez eu tout récemment l'occasion de constater l'existence de ces obstacles au mélange du pus contenu dans des veines enflammées avec le sang renfermé dans des veines encore saines. M. Fournet (B. ...), vous a, en effet, présenté, sur une phlébite spontanée du membre pelvien, un très bel exemple de ce que je proposerais d'appeler la *séquestration* des veines malades par les caillots sanguins. Vous avez vu, en effet, qu'entre le pus renfermé dans les veines du membre pelvien et le sang qui devait circuler dans la veine cave, il existait, dans la veine iliaque primitive, un caillot qui fermait tout accès à travers cette veine, formant ainsi un obstacle infranchissable à la transmission directe du pus dans le sang. Je dois rappeler que M. Teissier a insisté d'une manière spéciale sur ces obstacles que je viens de signaler.

M. Després (B. 5) vous a présenté un cas d'oblitération complète de la veine porte qu'oblitérait un caillot sanguin. Par une

relation facile à saisir, il y avait une ascite chez le sujet sur lequel cette pièce a été recueillie.

Les concrétions osseuses dans les parois des grosses veines ne sont pas très communes. Vous avez eu l'occasion d'en étudier les caractères dans un cas où la veine cave inférieure présentait à sa surface interne de petites écailles extrêmement fines, et différant essentiellement, par leur aspect, des concrétions qui se rencontrent dans les tuniques des artères (M. Després, B. 5.)

M. Pouydebat vous a mis sous les yeux un exemple remarquable de varice anévrysmale des veines de l'avant-bras par suite d'une saignée malheureuse : je me bornerai à vous rappeler, à l'occasion de ce fait, deux circonstances bien dignes d'intérêt. C'est, d'une part, que la communication anormale n'existait pas de l'artère à la basilique, comme on pourrait le croire, mais bien de l'artère à la veine brachiale profonde, et que cette communication avait lieu au moyen d'un canal parfaitement organisé ; c'est, d'une autre part, que la tumeur qui avait paru au pli du coude, dans le début de la maladie, s'effaça sous l'influence d'une ligature de la brachiale, et ne s'est pas reproduite ; tandis que, plus tard, on a vu succéder à cette tumeur l'apparition des varices anévrysmales.

Vaisseaux lymphatiques. — Un cas très remarquable, qui vous fut communiqué par M. Petit (B. 8), vous a mis à même de constater la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques, à la suite d'une escharre du talon, autour de laquelle s'était formé un érysipèle.

Maladies de l'appareil digestif. — Parmi les altérations nombreuses de l'estomac qui vous ont été soumises, aucune ne s'est présentée autant de fois que le cancer de cet organe. Voici les diverses formes sous lesquelles vous l'avez observé : 1° Dans un cas où il y avait squirrhé de la portion pylorique de l'estomac, l'induration siégeait dans la tunique cellulaire sous-séreuse : les autres membranes étaient entièrement étrangères à la maladie (M. Maisonneuve, B. 2). 2° Dans un autre cas, le cancer, siégeant également à la portion pylorique de l'estomac, présentait au plus haut degré la variété gélatiniforme, le tissu étant converti en une espèce d'éponge dont les vacuoles étaient remplies d'une matière analogue à de la colle de poisson à peine figée (M. Vernois, B. 7). Dans deux autres cas, le cancer était de nature évidemment encéphaloïde, et consistait une fois dans la présence de plusieurs noyaux encéphaloïdes développés sous la muqueuse (M. Vernois, B. 2). Une autre fois, les productions

encéphaloïdes n'étaient pas bornées à l'estomac ; mais elles existaient en plusieurs autres points de l'économie, notamment dans l'humérus et dans le sternum, et tandis que, par un mécanisme dont j'ai déjà parlé, une encéphaloïde intra-médullaire faisait éclater l'humérus en se produisant au dehors, et donnait ainsi lieu à une fracture presque spontanée. D'un autre côté, les encéphaloïdes de l'estomac, amenant par leur ulcération la perforation de cet organe, préparaient un épanchement mortel dans l'abdomen. — Cette observation intéressante, et recueillie avec beaucoup d'exactitude, vous a été communiquée par M. Marotte (B. 8.)

S'il est une variété de cancer d'estomac dont le diagnostic soit difficile, c'est, sans doute, celle qui, par la profondeur de son siège, se dérobe à toute exploration à travers les parois de l'abdomen : tel était ce cas très intéressant que vous a soumis M. Ribes (B. 7), et dans lequel une induration squirrheuse existait le long de la petite courbure ; induration remarquable encore, en ce qu'elle envahissait les deux orifices à la fois. Quelques détails précieux relatifs aux symptômes, et qui ont été donnés par M. Ribes, fourniront, je pense, aux pathologistes des indications d'un haut intérêt.

A côté de ces altérations cancéreuses désespérées et sans ressources, vous avez observé des altérations de l'estomac, dans lesquelles la puissance de réparation des organes détruits ou ulcérés était portée au plus haut degré qu'elle puisse atteindre. Des pièces nombreuses et importantes vous ont mis à même de vérifier directement plusieurs points de l'histoire de ces belles cicatrices d'anciens ulcères de l'estomac. Ainsi, vous avez pu observer le mécanisme de leur formation, dans le cas de perforation complète du viscère, et constater cette substitution salutaire par laquelle les organes environnants, devenus solidaires de l'estomac, sous le rapport de la continuité, ferment, avec leur propre tissu les perforations de ce viscère. Vous avez vu le premier degré de ce travail dans les adhérences que vous a présentées le foie avec le fond de certaines ulcérations de l'estomac qui n'avaient pas complètement perforé l'organe (M. Cruveilhier, B....). Vous avez vu ce travail dans toute sa perfection : 1° Dans un cas où une perforation de la paroi postérieure de l'estomac était tamponnée par le tissu du pancréas (M. Cazeaux, B. 1) ; 2° dans un autre cas où une perforation d'environ deux pouces de diamètre à la paroi supérieure de l'estomac se trouvait

obturée par le foie, dont la membrane fibreuse était épaissie et comme lardacée (M. Coymès, B. 6.)

Mais, quelque satisfaisants que soient les résultats du travail réparateur dans les cicatrices d'anciens ulcères de l'estomac, vous n'avez pu méconnaître combien de dangers sont inhérents à ces cicatrices. Un des premiers, c'est celui de l'hémorrhagie ; ainsi, vous avez vu une hémorrhagie de l'artère splénique déterminer la mort dans un cas de cicatrice de l'estomac tamponnée par le pancréas (M. Cazeaux, B. 1). Un autre cas de mort par hémorrhagie provenant d'une cicatrice dont le fond était formé par le foie (M. Coymès, B. 6). Vous avez vu l'hématémèse coexister avec une ancienne cicatrice de l'estomac (M. Cruveilhier, B. ...). Les cicatrices ont encore cet inconvénient, qu'elles peuvent aussi bien que des cicatrices de brûlure, par exemple, déterminer, par leur rétraction, une attitude recourbée du tronc en avant ; elles ont ce danger que, rétrécissant dans certains cas l'orifice pylorique, elles peuvent préparer la rupture de l'estomac sous l'influence des dilatations fréquemment répétées de cet organe, et qu'elles peuvent devenir elles-mêmes le siège de ces ruptures. Tout ce que je viens d'exposer se trouve vérifié de point en point dans la belle observation que vous communiqua M. Cruveilhier d'une cicatrice circulaire du pylore qui déterminait la rupture de ce viscère, et un épanchement mortel dans l'abdomen (M. Cruveilhier, B.)

Deux cas de taches mélaniques à la surface interne de l'estomac vous ont été soumis : dans l'un la coloration était purement tangerentielle et ne paraissait liée à aucune autre altération de l'organe (M. Bailly, B. 2) ; dans l'autre il y avait imprégnation même du tissu de l'organe qui, dans le lieu de la coloration anormale, paraissait ramolli (M. Cruveilhier, B. 2.)

Deux beaux exemples des altérations que peut subir l'estomac par l'effet des acides minéraux vous ont été soumis. L'un, dans lequel la mort avait été immédiate ; l'autre, dans lequel elle était survenue lentement. Dans ce dernier cas, où l'empoisonnement avait été produit par l'acide nitrique, vous n'avez observé rien autre chose qu'une hypertrophie des parois avec rétrécissement du pylore (M. Vernois, B. 2). Dans l'autre, qui avait été déterminé par l'acide sulfurique et qui amena la mort au bout de six heures, vous avez vu que la principale altération consistait dans un épanchement sanguin sous-muqueux, dans lequel, le sang, au lieu d'être uniformément répandu, formait de grosses masses dures et compactes. (M. Cazeaux, B. ...)

Parmi les altérations, presque toutes dignes d'intérêt, qui vous ont été soumises comme appartenant à l'intestin, vous avez observé : 1° une mélanose des villosités (M. Baillarget, B. 2) ; 2° une gangrène des valvules conniventes dans une étendue d'environ deux pieds (M. Maisonneuve, B. 1) ; 3° une ulcération de l'intestin grêle ayant la plus parfaite analogie d'aspect avec une ulcération syphilitique de l'utérus existant simultanément ; en sorte qu'en supposant qu'on eût pu faire disparaître le substratum de ces ulcération, on aurait cru infailliblement à une même lésion produite par une même cause dans le même tissu (M. Choisy, B. 8) ; 4° un épanchement sanguin sous-muqueux ayant son origine primitive dans une plaque de Peyer ulcérée (M. Caneaux, B. 7) ; 5° une invagination de la fin de l'intestin grêle et du cœcum dans le colon, avec rupture de l'intestin grêle au-dessus de l'invagination et péritonite mortelle (M. Grisolle, B. 4) ; 6° un ulcère de l'intestin ayant perforé les trois tuniques, et se trouvant obturé par un tampon épiploïque (M. Cruveilhier, B. 8). 7° enfin, deux beaux cas d'étranglement interne, différents par leur cause, mais également remarquables dans leur mécanisme. Le premier, dû à une oblitération de l'intestin, que détermina le passage d'un calcul biliaire de la vésicule dans l'intestin grêle à travers une perforation des parois de ces deux cavités (M. Régnier, B. 4). L'autre cas, dû à l'existence d'une double bride, s'étendant de la face postérieure de l'utérus à la face antérieure du sacrum, et dans la duplicature de laquelle une anse d'intestin grêle avait été étranglée (M. Brun, B. 6). A ces diverses altérations, je dois joindre un cas assez remarquable d'enduit d'une nature non-déterminée à la surface interne du gros intestin (M. Husson fils, B. 3) ; et ce double anus contre-nature ouvert dans la cavité d'un utérus cancéreux (M. Husson fils, B. 6). En me servant ici de la dénomination de double anus anormal, je dois convenir que c'est seulement pour désigner la présence de quatre orifices intestinaux, dans le foyer cancéreux, sans rien préjuger sur les autres circonstances qui pourraient faire contester à ce cas remarquable la dénomination d'anus anormal.

Les maladies du rectum sortent, sous plusieurs points de vue, de la catégorie des lésions du reste du tube intestinal : elles devaient donc être réunies en un même groupe ; or, voici celles qui ont principalement fixé votre attention : D'abord, une chute du rectum chez un enfant, pièce qui explique parfaitement ce qu'on doit entendre par l'expression impropre de renversement des trois tuniques. Sur cette pièce, vous avez vu les deux tuni-

ques internes bien évidemment renversées, tandis que la tunique péritonéale, dans l'état de protrusion, venait tapisser le fond de la rigole circulaire qui existe au fond de la duplication des deux autres tuniques. Il est probable qu'en s'expliquant ainsi, ceux qui ont parlé du renversement des trois tuniques se seraient épargné des dénégations qui portaient sur le vice de l'expression employés par eux. En effet, la tunique péritonéale descend, elle ne se renverse pas.

A côté des altérations du canal intestinal viennent se placer naturellement les pièces qui se rapportent aux hernies. Je vous rappellerai, à ce sujet, les cas suivants: 1^o M. Maisonneuve (B. 4) vous a présenté deux anciens sacs herniaires, traversés par une bride épiploïque, se rendant au fond du sac le plus ancien; 2^o vous avez vu une hernie crurale dans laquelle la rupture par gangrène de l'intestin eut lieu au sixième jour de l'étranglement (M. Després, B. 2); une autre hernie crurale, remarquable en ce qu'elle présentait deux poches, l'une à l'extérieur de l'abdomen, l'autre à l'intérieur de cette cavité. Entre autres circonstances particulières à cette hernie, vous avez remarqué deux étranglements: le premier, siégeant à l'anneau crural, et qui avait été levé pendant l'opération; le second siégeant à une ouverture annulaire assez étroite, qui établissait la communication entre le sac intra-abdominal et la cavité du péritoine.

Maladies du foie. — Une des altérations les plus curieuses qui vous aient été présentées, c'est cette conversion de l'organe en une masse jaune compacte, ayant au moins le triple du volume ordinaire du foie, et dans lequel on voyait semés çà et là des noyaux non enkystés d'un tissu évidemment érectile: c'est, peut-être un des seuls exemples qui ait été offert à la Société de cette double transformation, ayant lieu simultanément dans le tissu du foie (M. Cazeaux, B. 1). L'enkystement du foie, soit partiel, soit général, est une des altérations qui vous ont été le plus souvent présentées, et vous l'avez observée à toutes les nuances, depuis l'enkystement granulaire, dans lequel chaque grain semble avoir sa cellule (M. Peyrot, B. 1), jusqu'à l'enkystement lobulaire ou cloisonnement du foie, par des traverses fibreuses qui isolent des lobules plus ou moins considérables, et donnent au foie cet aspect bosselé qu'on rencontre si fréquemment dans la cirrhose. Vous avez pu, dans un cas que vous présenta M. Reignier, constater l'épaisseur considérable des lames fibreuses qui semblent cloisonner le tissu de l'organe (B. 8). Enfin, vous avez observé l'enkystement général de l'organe dans

un cas d'ascite où le foie, revenu sur lui-même et enveloppé dans des fausses membranes très épaisses, semblait avoir été condensé sous l'influence d'une forte pression (M. Vermois, B. 2). Dans tous les cas d'enkystement soit partiels, soit généraux, vous avez constamment observé l'atrophie générale ou partielle de cet organe. Dans tous ces cas aussi, il y avait altération de la texture.

A quoi tient cette singulière tendance que présente le tissu du foie à l'enkystement? Est-ce un résultat de sa texture anatomique ou de la nature de ses maladies? ces cloisons fibreuses sont-elles le résultat d'une production nouvelle, sont-elles la conséquence de l'atrophie de grains ou de lobules glanduleux dont la disparition permettrait à des lames fibreuses, d'abord séparées, de s'appliquer les unes contre les autres. Enfin, ne seraient-elles point une conséquence de la présence dans le foie de cette membrane spéciale à laquelle on a donné le nom de capsule de Glisson?

Une altération assez curieuse et peu connue du foie a été présentée par M. Cazalis (B. 1). L'organe avait une compacité, une couleur et une cassure analogues à celle de la cire jaune. M. Stanski (B. 6), vous a montré une cirrhose du foie avec dilatation de la veine porte.

Je terminerai l'exposé de ces altérations, en vous rappelant deux observations de cavernes du foie, qui toutes deux avaient eu leur origine primitive dans cet organe, mais qui différaient entre elles par leur nature et par le mode de communication qu'elles avaient établie avec les muqueuses. La première était cette vaste caverne cancéreuse qui communiquait avec le duodénum, et formait ainsi dans le sein même du foie un diverticulum dans lequel pénétraient les aliments (M. Pegol, B. 2). L'autre était cette poche acéphalocyste devenue purulente, qui, ayant détruit le diaphragme, s'était approprié une partie considérable du poumon droit. Dans la partie des parois de ce kyste formées par le poumon, vous avez remarqué une couche épaisse de matière crétacée (M. Laurence, B...).

Quelques altérations de la vésicule vous ont été soumises. Dans un cas vous avez vu des escharres de ce réservoir membraneux; dans un autre, vous avez observé un abcès de cette vésicule accompagné d'une dilatation considérable; et, ce qui vous a paru digne d'attention dans ce dernier cas, c'est qu'aucune adhérence ne s'était établie entre la vésicule et le péritoine, en sorte qu'une rupture eût infailliblement amené l'épanchement du pus dans l'abdomen (M. Cruveilhier, B. 5). On vous a aussi présenté un calcul biliaire d'un blanc éclatant

trouvé dans la vésicule du fiel, et légèrement verdi du côté du canal cystique. A l'aspect de ces calculs biliaires, dépouillés ainsi complètement de matière colorante, on est porté à s'adresser cette question : Des calculs ne pourraient-ils pas se former dans la vésicule après que tout accès dans ce réservoir est devenu impraticable à la bile, et n'y a-t-il pas deux espèces de calculs de la vésicule biliaire, ceux qui sont produits par la bile, et ceux qui seraient le produit spécial de la vésicule, sans intervention de la bile ? Je ne sais si cette distinction a jamais été proposée ; si elle n'existait pas, peut-être devait-on la faire.

M. Baillarget (B....) vous a montré au milieu du tissu de la rate, une concrétion dure, à mamelons inégaux, et dont la section offrait un aspect lisse, analogue pour la semi-transparence et pour le poli de la surface, aux pierres dans lesquelles prédomine la silice.

Le même membre (B...) vous a présenté un cas remarquable de rupture de l'aorte abdominale, derrière le pancréas et le duodénum ; vous avez pu remarquer que le sang avait pénétré dans le mésentère en en décollant les feuilletts. M. Guérard (B. 8) vous a présenté un cas assez curieux de péritonite chronique. On vous a encore présenté un cas de gangrène du gros intestin par engouement de matières fécales (M. Desprès, B. 5) ; un cas de rétrécissement du rectum avec altération des tuniques de cet intestin, qui étaient inégales et bosselées (M. Tessier, B. 3) ; il y avait dans ce cas fistule vaginale ; -- une perforation du rectum par une tumeur encéphaloïde de la cloison recto-vaginale (M. Sonnié-Moret, B. 8) ; enfin un cas très remarquable de fistule stercorale à travers le sacrum : cas d'autant plus curieux que la tumeur qui amena cette fistule avait commencé sans cause connue et dès l'enfance (M. Tonnelier, B. 6).

Une production qui semble affecter pour le rein une prédilection toute spéciale, c'est la transformation vésiculaire ou en kystes séreux. Vous avez pu observer dernièrement un cas dans lequel la totalité du rein était ainsi convertie en une grappe de kystes contenant des liquides de couleur variée (M. Boinet, B...). Un cas de tumeurs encéphaloïdes du rein au sein desquelles existaient des collections sanguines à divers degrés de décoloration, et la présence dans la veine rénale d'un sang qui semblait se convertir en encéphaloïde, ont fourni à M. Tessier l'occasion d'avancer quelques propositions qui sont consignées dans le Bulletin n° 6, et dont il a promis de faire l'objet d'un travail particulier. — On vous a présenté chez un sujet qui avait des tubercules pulmonaires, un kyste hydatique développé dans le rein

(M. Ripault, B. 6). M. Sestier (B. 3), vous a présenté un cas remarquable de dilatation d'un bassin et d'un urètre, sans cause appréciable de stagnation de l'urine dans ces cavités. Enfin vous avez dû tout récemment à M. Taupin une belle observation de maladie de Bright. Indépendamment des autres altérations anatomiques qui appartiennent à cette maladie, on vous a fait remarquer que la surface du rein offrait des taches rouges, déprimées, au niveau desquelles la substance corticale était presque totalement détruite.

M. Larcher (B. 8) vous a communiqué un cas de foyer gangréneux de la prostate co existant avec la présence de calculs prostatiques taillés à facettes. Vous avez vu un cas de fausses routes pratiquées dans la prostate chez un individu qui n'avait autre cause de rétention d'urine que la présence d'un abcès enkysté dans le voisinage de l'urètre (M. DeFrance, B. 1). Enfin on vous a communiqué deux cas d'interruption des parois de l'urètre (M. Cazeaux, B. 7; M. Cazalis, B. 7).

Divers cas de production de tubercules dans l'appareil spermatique de l'homme, vous ont été soumis. Ainsi vous avez vu : 1° des tubercules de la vésicule séminale chez un phthisique qui avait un écoulement urétral (M. Régnier, B. 8); des tubercules dans l'épididyme du même sujet (*id. id.*); des tubercules du testicule (*id. id.*). On vous a aussi présenté des tubercules du testicule, qui avaient été recueillis chez un enfant de cinq ans. Sur l'un des testicules, un trajet fistuleux semblait attester l'élimination qui s'était faite d'un tubercule testiculaire, tandis que dans le testicule opposé, existait encore un tubercule à l'état d'intégrité parfaite (M. Nélaton, B. 8). Un seul cas de cancer du testicule vous a été présenté, et les renseignements fournis sur l'histoire du malade vous ont appris qu'au fur et à mesure de la progression ascendante de la tumeur vers l'anneau, dans lequel il s'engageait déjà avant l'opération, une hernie inguinale existant des deux côtés, s'était spontanément réduite (M. Monod, B. 3).

L'étendue déjà trop considérable de ce travail ne me permet pas de vous présenter autre chose qu'une rapide énumération des altérations multipliées et curieuses qui vous ont été présentées dans l'appareil générateur de la femme. Ainsi, vous avez vu, 1° une rupture du col de l'utérus par cause mécanique (M. Mavré); 2° une autre rupture de l'utérus, qui s'était effectuée dans la cavité péritonéale par suite de la fonte purulente d'un polype volumineux de cet organe (M. Fourcade, B. 2); 3° une tumeur fibreuse développée dans la paroi postérieure du col utérin, et

simulant une tumeur fibreuse de l'ovaire (M. Pegot, B. 1); un col-utérin cancéreux (M. Dononvilliers, B. 2); une récidive du cancer utérin chez une femme qui avait déjà subi l'amputation du col de cet organe (M. Ripault, B. 4); un autre cas de cancer dans lequel le corps du même organe converti en un vaste cloaque, était l'aboutissant de deux ruptures du canal intestinal, l'une siégeant dans l'intestin grêle, l'autre dans le gros intestin (M. Husson fils); des tubercules développés dans le corps de l'utérus chez une femme phthisique (M. Hardy, B. 4); un abcès enkysté de la cavité utérine avec oblitération du col (M. Husson, B. 2); des petits kystes séreux développés dans la lèvres antérieure du col utérin (M. Sonnié-Moret, B. 8); une fausse membrane formée à la surface interne de l'utérus, chez une femme de 76 ans qui avait dans le corps et à la surface interne de ces organes des productions fibreuses (M. Vernois, B. 6).

On vous a présenté deux cas fort remarquables de grossesse tubaire dans lesquels la rupture de l'œuf avait eu lieu à des époques différentes de la grossesse, mais qui eurent toutes les deux ceci de commun que la rupture de l'œuf fut accompagnée d'une hémorrhagie abdominale qui détermina la mort en quelques heures (M. Dupré, B. 1, M. Cazeaux, B...).

Enfin, on vous a montré un cas dans lequel la trompe, remplie d'une matière tuberculeuse, avait été le point de départ d'une leucorrhée dont on était loin de soupçonner pendant la vie la nature et la source (M. Régot, B. 6). A ce sujet, je demanderai à hasarder une conjecture que semble justifier l'analogie. Vous vous rappelez que M. Reignier vous présenta de la matière tuberculeuse dans les vésicules séminales; or, serait-il impossible que si chez la femme une leucorrhée tuberculeuse peut avoir sa source dans la trompe, il ne pût arriver que chez l'homme une gonorrhée tuberculeuse eût sa source dans la vésicule séminale. Je sais que l'espace qu'aurait à parcourir la matière tuberculeuse dans ce dernier cas est beaucoup plus considérable. Mais enfin, je ne crois pas que cette supposition soit absolument dénuée de vraisemblance.

Ici, Messieurs, un rapprochement naturel se présente entre les altérations des parties génitales internes de la femme et celles des produits de la génération. Sous ce rapport, je dois mentionner la présence des tubercules dans le placenta d'une femme phthisique et qui avait aussi des tubercules dans l'utérus (M. Hardy, B. 4); la transformation hydatidaire du placenta avec atrophie du fœtus (M. Caffé, B...); divers cas de spina bifida qui vous ont été présentés par M. Lediberder (B. 5); et un cas re-

marquable de céphalématome que vous a montré M. Valleix (B...).

Quant aux altérations observées dans les parties génitales externes de la femme, je me bornerai à citer 1° un cas très curieux de tumeur encéphaloïde développée dans la cloison recto vaginale et s'étant ulcérée du côté du rectum (M. Sonnié-Moret B. 8); 2° un cas de perforation cancéreuse de la même cloison recto-vaginale (M. Reignier, B. 4); enfin, une gangrène des parties génitales chez les jeunes enfants, simulant des ulcérations syphilitiques.

Telle a été, Messieurs, l'abondante collection de faits qui vous a passé sous les yeux dans cours de cette année. Profondément convaincu que si toute Société scientifique n'a d'existence que par ses travaux, elle n'a, d'un autre côté, d'importance et d'utilité pratique que par l'usage qu'on peut faire des matériaux qu'elle apporte à la science, j'ai été guidé dans la rédaction de mon travail par ce principe; qu'il fallait avant tout, dans un compte rendu, faciliter l'usage des matériaux dont il renferme le dénombrement. En deux mots, généraliser, dans de justes limites, des faits que le hasard a rassemblés, les ranger par catégories et indiquer scrupuleusement leur source, afin d'en faciliter la recherche et de rendre à chacun ce qui lui est dû; tel a été le but constant de mes efforts. Si, pour atteindre ce but, j'ai cru devoir m'éloigner de la marche adoptée par mes honorables prédécesseurs, je déclare ici que ce n'est pas pour la puérile satisfaction de faire différemment des autres, et moins encore dans la pensée d'exercer une critique indirecte sur les travaux de ceux qui m'ont précédé.

Je croirais, Messieurs, manquer à une des conditions de mon mandat, si je terminais ce compte-rendu de vos séances sans rendre à celui qui les a dirigées un juste tribut d'éloges et de remerciements pour la manière dont il a exercé au milieu de nous cette magistrature toute de bienveillance et de conciliation qui lui mérite à un si haut degré notre affection et notre estime. C'est seulement à la condition d'une liberté absolue des discussions, que peut prospérer une Société où se trouvent des jeunes gens qui ont déjà un noble instinct de leur indépendance. Une telle Société ne peut se maintenir que sous un patronage qui s'exerce par la persuasion, par une entière impartialité, par un scrupuleux respect des droits de chacun, et par une bienveillance de tous les instants; à tous ces titres, Messieurs, la Société anatomique n'a, j'en ai la conviction, aucun désir à former.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

BULLETIN N° X (NOUVELLE SÉRIE).

RÉDIGÉ

PAR M. CHASSAIGNAC,

Vice-Secrétaire.

Transposition irrégulière des organes, de droite à gauche ; absence de la cloison inter-auriculaire du cœur ; ventricule pulmonaire rudimentaire, et ne communiquant pas avec les oreillettes ; cloison inter-ventriculaire incomplète ; deux veines caves supérieures, et pas de rate chez un enfant qui ne présentait à l'extérieur d'autre vice de conformation qu'un bec-de-lièvre double, et qui a vécu huit jours. Travail lu à la Société anatomique dans sa séance publique, par M. VALLEIX, docteur en médecine à Paris.

Un enfant du sexe masculin, né la veille, fut apporté à l'infirmerie des Enfants Trouvés au commencement du mois de décembre 1834, pour un bec-de-lièvre double avec écartement de près d'un pouce entre l'os inter-maxillaire et l'os maxillaire du côté gauche. Les parties étaient dans un état tel, que la narine gauche et la bouche avaient en avant une large ouverture commune, à travers laquelle on voyait une assez grande portion de la langue. L'os incisif, très rapproché du maxillaire droit, était couvert d'un lambeau de lèvre triangulaire, gonflé, adhérent et très sensible. La portion gauche de la lèvre était fortement unie à l'os maxillaire, ce qui, joint au grand écartement des parties osseuses, nuisait au rapprochement. La portion droite était très mobile, et on pouvait très facilement la ramener vers le tubercule médian. Lorsqu'on faisait ouvrir la bouche à l'enfant, on voyait que l'écartement des os conservait presque toute son étendue jusqu'à l'extrémité de la voûte palatine, et que le voile du palais était partagé en deux moitiés égales dans toute sa hauteur. Cette disposition permettait d'apercevoir en détail les parois de la fosse nasale gauche.

Toutes les autres parties extérieures du corps étaient parfaitement conformées. L'enfant volumineux, très fort, d'un embonpoint peu ordinaire, avait un cri grave, franc et facile. Il présentait la coloration rouge un peu foncée des nouveau nés.

Quoique l'expérience ait démontré qu'un pareil bec-de-lièvre

ne permet pas une alimentation suffisante, et que l'opération est indispensable dans ce cas, on jugea convenable d'attendre quelques jours avant d'employer ce dernier moyen. Pendant ce temps les fonctions s'exécutaient assez bien ; l'enfant ne témoignait aucune douleur ; il dormait paisiblement, ses mouvements étaient libres et faciles ; on ne remarquait point de suffocation, si ce n'est quand on le faisait boire. Alors, si on n'avait pas soin d'instiller le lait goutte à goutte, sa face se gonflait et rougissait, et il se retirait brusquement en arrière. Ce phénomène fut attribué à la difficulté de la déglutition. La coloration devenait chaque jour plus claire, comme chez les autres enfants ; les membres et le corps conservaient leur chaleur, et l'embonpoint n'était pas sensiblement diminué. Les choses se passèrent ainsi pendant huit jours entiers ; mais des exemples nombreux ayant prouvé que dans les cas où l'alimentation est aussi difficile, le dépérissement peut survenir rapidement et tuer en peu de temps les malades. M. Thévenot, malgré l'état satisfaisant de l'enfant, jugea l'opération nécessaire, et je la pratiquai sous ses yeux en présence de M. Auvity et de M. Lediberder, interne à l'hospice des Enfants-Trouvés. Je crois inutile de la décrire ; elle fut faite assez promptement, et n'occasionna qu'une perte de sang peu abondante. Pendant sa durée, l'enfant manifesta une vive sensibilité ; mais quelques instants après il se calma. Il ne prit qu'une cuillerée à café d'une potion de quatre onces, dans laquelle on avait mis un gros de sirop dia code, et néanmoins il fut dans un état de tranquillité parfaite pendant environ six heures. A deux heures après midi, il se manifesta des symptômes alarmants. La respiration devint tout à coup très pénible ; les inspirations brusques, courtes et singultueuses, ne se faisaient plus qu'à de longs intervalles. Le malade restait deux ou trois minutes sans respirer, et un véritable sanglot succédait à ce long repos.

Lorsque je vis le malade avec M. Lediberder, mon collègue, il y avait trois heures qu'il était dans cet état. Nous prêtâmes l'oreille à la région du cœur ; M. Lediberder n'en entendit pas distinctement les bruits. En me rapprochant du sternum, je les entendis parfaitement ; ils me parurent réguliers et un peu ralentis. Nous ne tirâmes aucune conséquence de ces particularités, et la grande faiblesse de l'enfant ne nous permit pas de prolonger notre examen. Cependant la face, loin d'être livide, paraissait décolorée ; les bras et les jambes étaient légèrement infiltrés.

Tous ces symptômes continuèrent de la même manière jusqu'au moment de la mort, qui arriva le lendemain, à six heures du matin.

Je fus d'abord frappé, à l'autopsie, de la position du cœur : sa poitrine répondait au cinquième espace intercostal du côté droit, et la base du péricarde était adhérente à la portion droite du centre diaphragmatique. Je crus un instant à une transposition générale des organes, semblable à celles qui ont été trouvées assez fréquemment depuis Riolan (1) qui a écrit un mémoire sur un cas de cette espèce, jusqu'à M. Dubled (2), qui en a inséré une description dans les *Archives générales de médecine*. Mais je n'ai pas tardé à voir que cette transposition était loin d'être la circonstance la plus remarquable de l'organisation chez cet enfant. Des vices de conformation plus curieux existaient dans plusieurs organes, et la transposition elle-même présentait un assez grand nombre d'irrégularités qu'on n'avait pas remarquées dans les exemples cités.

Le cœur, placé comme je l'ai dit, ne présentait pas dans le milieu de sa face antérieure la rainure longitudinale où sont logées l'artère et la veine coronaire antérieures ; l'origine de l'aorte se voyait un peu à droite sur la base des ventricules, la courbure de l'aorte était en sens inverse de l'état naturel, le tronc brachio-céphalique se trouvait à gauche, l'artère carotide primitive et la sous-clavière étaient séparées à droite; le nerf pneumo-gastrique croisait l'aorte à droite, le nerf récurrent avait des rapports semblables. L'aorte descendante suivait le côté droit de la colonne vertébrale, et la trachée-artère était située à la gauche de l'œsophage. Ces organes se trouvaient placés absolument comme dans le cas de transposition latérale régulière, et je ne m'y arrêterai pas. Mais l'artère pulmonaire, au lieu de croiser l'aorte de gauche à droite, en passant au devant d'elle, comme la transposition générale semblait l'exiger, était située en arrière et un peu à droite de ce vaisseau par lequel elle était en grande partie recouverte et marchait parallèlement à lui. Elle prenait son origine au côté droit de la base du cœur, où elle était comme confinée et repoussée, de sorte que cette disposition pouvait déjà faire penser qu'il n'y avait pas dans les cavités du cœur une transposition semblable à celle qu'on avait observée en pareil cas. Le canal artériel, et les divisions de l'artère pulmonaire n'offraient rien de particulier. L'aspect extérieur des oreillettes n'était pas ordinaire. Elle formait derrière les ventricules une poche énorme, distendue par le sang, et ne présentant, pour faire distinguer les deux cavités, que leurs appendices très développés et appareus sur les côtés

(1) *Disquisitio de transpositione partium naturalium et vitalium in corpore humano. Opuscula varia et nova*, 1h-12. an. 1652.

(2) *Archives générales de Médecine*, vol. VI, p. 573.

des ventricules ; à gauche, l'appendice descendait jusqu'à la pointe du cœur. Cette poche couvrait entièrement la face postérieure de l'organe. Les vaisseaux qui venaient s'y jeter étaient loin de se comporter avec la même régularité que les vaisseaux artériels. Ainsi, l'on voyait d'abord deux veines-caves supérieures qui suivaient de chaque côté leur trajet ordinaire derrière le thymus et en dedans du poumon, et parvenaient à la partie postérieure et supérieure de la grande poche qui tenait lieu des oreillettes. Elles s'inséraient un peu en dedans des appendices, l'une à droite et l'autre à gauche. Je n'ai pas vu qu'on eût encore trouvé une semblable disposition. On connaît plusieurs exemples de veine-cave supérieure double. M. Velpeau en a rencontré un cas, Meckel (1) en cite trois dont un lui est propre, et deux sont empruntés à Niemeyer (2) et Boehmer (3). « En pareil cas, dit Meckel, la veine-cave supérieure gauche descend devant l'aorte, contourne l'oreillette gauche en arrière et en dehors, arrive à la face inférieure du cœur, marche d'arrière en avant dans le sillon circulaire, et gagne l'oreillette droite à la partie inférieure et postérieure de laquelle elle s'ouvre. » Sur le sujet disséqué par M. Velpeau, les choses se passaient de la même manière. Ici, au contraire, les deux veines-caves suivent absolument la même route que si elles étaient seules. L'erreur de lieu doit être attribuée à la veine droite qui, la transposition existant déjà, aurait dû n'être qu'une simple sous-clavière, et se jeter dans la veine-gauche à la partie supérieure de la poitrine. Cette circonstance devait me faire penser qu'il y avait quelques anomalies dans l'organisation des cavités du cœur, et il ne me fut guères permis d'en douter quand je vis que les veines pulmonaires pénétraient à droite dans la poche auriculaire commune, et que la veine-cave inférieure, après avoir suivi un trajet anormal sur le côté gauche de la colonne vertébrale, se jetait à la partie inférieure et un peu à gauche de la même cavité, tandis que l'origine de l'artère pulmonaire était à droite. La dissection du cœur me fit voir que je ne m'étais pas trompé. Une incision, en forme de V, pratiquée sur la partie antérieure et droite de la portion ventriculaire, tomba sur une cloison incomplète qui séparait les deux ventricules. Le gauche était très-vaste, et avait des parois assez épaisses ; une valvule à trois pointes le séparait de la poche auriculaire ; à la droite d'une division de cette valvule, on trouvait l'orifice de l'aorte qui était fermé par elle dans la dilatation du

(1) *Manuel d'anatomie descriptive*. Tome II, p. 226. (Traduction).

(2) *De fetu puellari deformi*. Halle, 1814.

(3) *De confluxu trium venarum cavarum*. Halle, 1763.

ventricule. Un peu plus à droite encore, se trouvait une ouverture ovale qui pouvait permettre l'introduction du petit doigt. Elle était pratiquée à la partie supérieure et un peu antérieure de la cloison interventriculaire qui ne se prolongeait pas jusqu'à la pointe du cœur. Cette ouverture faisait communiquer le ventricule aortique très-vaste, avec le pulmonaire très-petit, situé tout-à-fait à droite, un peu en arrière, et ne présentant d'autre orifice que celui de l'artère pulmonaire. Il n'avait aucune communication avec les oreillettes ni avec les veines, et semblait plutôt une cavité formée par le dédoublement de la paroi du ventricule gauche qu'une cavité naturelle ; en un mot, il se trouvait isolé, loin de sa place, séparé de ses connexions normales, ce qui avait nécessité l'ouverture de la cloison interventriculaire, par où seulement il pouvait recevoir le sang qu'il devait lancer dans l'artère pulmonaire.

A travers le grand orifice auriculo-ventriculaire, on distinguait sur la paroi postérieure d'une vaste oreillette, un repli médian et longitudinal qui était le rudiment de la cloison interauriculaire. Ce repli seul servait à distinguer l'oreille droite de la gauche, et les orifices des vaisseaux s'y trouvaient dans le sens de leur insertion extérieure, c'est-à-dire, qu'on y voyait l'ouverture d'une veine-cave supérieure de chaque côté, que celle de la veine-cave inférieure, était en bas, et un peu à gauche de la cloison rudimentaire, et que les veines pulmonaires s'ouvraient toutes à droite, de sorte qu'il était évident que l'oreillette à sang rouge se trouvait à droite du même côté que le ventricule à sang noir, et qu'elle recevait, contre toutes les lois de l'organisation, une veine-cave qui lui apportait du sang veineux. L'oreillette à sang noir, placée à gauche, recevait une veine-cave supérieure et la veine cave inférieure comme dans l'état naturel ; mais elle ne communiquait directement qu'avec le ventricule aortique dans lequel tout le sang devait passer ; le mélange du sang artériel et veineux était donc nécessaire et complet.

Voilà déjà une grande différence entre ce sujet et ceux qui ont été décrits par Riolan (1), Méry (2), Blégnay (3), Bichat, Meckel, et plus récemment par MM. Serres (4), Baron (5), et Dubléd (6). Dans tous ces cas, en effet, les cavités du cœur étaient bien séparées, et il n'y avait d'autre anomalie que le passage des

(1) *Loco citato.*

(2) *Observ. sur le déplacement général dans un homme.* Acad. royale des Sciences, tome II, *Mém.*, p. 44.

(3) *Zod. gal.* Juin, ann. 2, obs. 9, p. 129.

(4) *Archives*, vol. XVI, p. 124.

(5) *Id.* vol. X, p. 131.

(6) *Id.* vol. VI, p. 578.

cavités droites au côté gauche. Il semble ici qu'il y ait eu une tendance à ce passage; nous voyons en effet plusieurs vaisseaux se rendre à gauche, qui dans l'état normal sont à droite. Mais le ventricule droit n'a pas suivi l'impulsion générale; et de là plusieurs défauts essentiels dans l'organisation. Si nous admettions la manière de voir de Lemery (1) qui, ayant avancé que toute monstruosité est le résultat d'une altération des germes, en était réduit à prétendre que la transposition n'était pas un état monstrueux, nous serions forcés de dire que la seule monstruosité ici, consisterait en la présence d'un ventricule pulmonaire et d'une veine cave supérieure à droite, c'est-à-dire que les seules parties qui se trouvent à peu près à leur place naturelle, y sont par une erreur de la nature. Si nous reconnaissons, avec la plupart des auteurs, que la transposition est une monstruosité, il restera toujours démontré que la position des cavités à sang noir a occasionné une monstruosité beaucoup plus graves, puisqu'elle a causé un mélange anormal des deux sangs, en n'obéissant pas à la loi exceptionnelle que l'organisation s'était imposée par la transposition du centre de la circulation.

Malgré l'existence rudimentaire des différentes cavités, il n'en est pas moins certain que la circulation de cet enfant ressemblait à celle des batraciens, et qu'il était, sous ce rapport, dans le même cas que les sujets cités par M. Bérard dans le *Dictionnaire de Médecine* d'après la dissertation de M. Paget (2), par Mauron (3), et par M. Breschet (4), et chez lesquels il n'existait qu'une seule oreillette et qu'un seul ventricule.

Ce mélange des deux sangs était en effet aussi complet et aussi inévitable. Sous un autre rapport, il semble d'abord qu'il y ait une très-grande identité entre le fait que je rapporte et celui qui est cité dans le tome 8^e, des *Archives* (5); mais il y a cette grande différence, que dans le dernier cas il existait un défaut de communication du ventricule droit avec son oreillette, par suite de l'occlusion de l'orifice auriculo-ventriculaire, tandis que dans le premier, ce défaut de communication est occasionné par une séparation des parties qui a entièrement changé leurs rap-

(1) *Mém. de l'Académie des Sciences*, de 1704 à 1726.

(2) *Dict. de Méd.*, 2. édit., art. *Cœur*.

(3) *Diss. sur les vices d'organisation congéniaux du cœur*. Edimbourg, 1831.

(4) *Archives*, tome XIX, p. 256.

(5) *Archives*, tom. VIII, p. 274. Deux oreillettes communiquent ensemble, deux ventricules ayant également une communication, et point d'orifice auriculo-ventriculaire du côté droit.

ports où l'on voit que le ventricule droit ne communiquait pas avec les oreillettes.

Quand on se rappelle l'état de l'enfant pendant la vie, et l'absence absolue des symptômes de la cyanose, on voit que ce fait vient à l'appui de ceux qu'on a déjà opposés en assez grand nombre aux auteurs qui ont placé la cause de cette affection dans la communication des cavités droites et des cavités gauches du cœur. L'enfant n'était suffoqué qu'au moment où on le faisait boire, ce qui est commun à tous ceux qui sont affectés de bec-de-lièvre avec écartement des os; sa coloration était bonne, ses mouvements vifs et forts; en un mot, rien qui ressemblât à cet état de prostration et de suffocation qu'on remarque chez les individus affectés de cyanose. Ici, on ne peut pas dire, comme l'ont fait quelques auteurs, que la direction des courants sanguins et les contractions des diverses cavités pourraient s'opposer au mélange du sang artériel et veineux, puisque les vaisseaux qui apportaient ces deux espèces de sang étaient tellement disposés, que quand même ces deux liquides n'auraient pas été forcés de traverser ensemble le ventricule aortique, le mélange se serait infailliblement opéré dans l'oreillette. Ce fait seul suffirait pour renverser l'opinion de Meckel (1), de M. Gintrac (2), etc. qui croyait que le mélange des deux espèces de sang suffisait pour produire la cyanose. On ne saurait regarder cet état que comme une cause prédisposante, qui ne peut avoir d'action qu'en déterminant de la gêne dans la respiration et la stase du sang veineux. Les symptômes observés à la fin de la vie avaient un caractère nerveux très-prononcé, et ne paraissent pas devoir être rapportés à l'état du cœur; car, d'une part, on sait que chez les très-jeunes enfants, de pareils phénomènes ont été souvent notés à la suite des opérations, ou dans des affections douloureuses, et de l'autre, il manque un symptôme essentiel : la coloration bleue de la peau. Les organes contenus dans l'abdomen ont offert des anomalies non moins remarquables. Au premier abord, le foie ne paraissait pas transposé : il occupait, il est vrai, les deux hypochondres, disposition commune chez les enfants naissants; le lobe gauche paraissait moins épais que le droit, comme cela a lieu ordinairement; mais en y regardant de plus près, on trouvait une transposition des parties constituantes de l'organe. La vésicule biliaire se trouvait à la gauche de la veine ombilicale, qui entrait dans l'organe très-près de l'extrémité droite de son bord antérieur; et comme nous avons vu que la veine cavée inférieure passait le diaphragme à gauche, il s'ensuit que le sillon longi-

(1) *Manuel d'anatomie descriptive*, tome II, p. 308. (Trad.)

(2) *De la Cyanose ou maladie bleue*. Thèses de Paris 1814.

tudinal avait une direction oblique de droite à gauche et devant en arrière, pour aller retrouver le canal veineux, ce qui, joint au trajet de la veine avant d'entrer dans le foie, devait lui faire faire un angle saillant à droite. La vésicule du fiel avait son volume ordinaire et était distendue par la bile. La veine-porte entraînait dans le foie par l'extrémité gauche transversale. Cet état des diverses parties du foie se retrouve dans toutes les observations de transposition latérale publiées jusqu'à ce jour, et je ne peux m'empêcher de faire une réflexion à ce sujet. On sait que la plus forte objection qu'on ait faite à ceux qui expliquent les monstruosités par un développement arrêté, ou par une destruction morbide, est tirée de cette transposition de droite à gauche. Lemery levait la difficulté en disant qu'en pareil cas il n'y avait pas monstruosité. Les auteurs qui l'ont suivi n'ayant pas adopté cette explication, il a fallu en chercher une autre. Mais a-t-on eu raison de dire, comme M. Andral (1) entre autres l'a fait dans le *Dictionnaire de Médecine*, que dans les premiers jours de la vie intra-utérine, les organes, n'ayant aucune inclinaison à droite ou à gauche, on pouvait concevoir qu'ils prissent une position inverse de celle qu'on leur voit ordinairement ? Cette explication ne serait bonne que s'il n'y avait qu'un simple changement de lieu ; mais nous avons vu que très-souvent on avait trouvé à droite les cavités gauches du cœur ; ici nous voyons le lobe droit du foie passé à gauche, et bien plus, chez l'enfant dont il est ici question, il n'y avait pas même changement de position, puisque la partie la plus grosse du foie, quel que soit le lobe auquel elle appartenait, était logée dans l'hypochondre droit. Je pense donc qu'il est impossible de faire entrer la transposition latérale dans la théorie des arrêts de développement.

J'ai dit que l'œsophage suivait la partie droite de la colonne vertébrale. Ce conduit percevait le diaphragme à droite où l'on voyait le cardia ; la petite courbure de l'estomac regardait un peu à gauche, le pylore était situé au-devant de la colonne vertébrale, et le duodénum présentait sa concavité à droite. L'intestin grêle était placé dans le flanc gauche où l'on ne trouvait pas le cœcum, quoique ce fût là sa place par suite de la transposition. Ce dernier organe, n'ayant pas de repli particulier du péritoine, retenu simplement par le mésentère comme l'intestin grêle, commençait dans la fosse inguinale droite, où l'on voyait son appendice vermiculaire ; de là, il remontait en haut en se recourbant légèrement à gauche ; mais, arrivé à la

(1) *Dict. en 21 vol.*, art. *Monstres*.

simulant une tumeur fibreuse de l'ovaire (M. Pegot, B. 1); un col utérin cancéreux (M. Denonvilliers, B. 2); une récédive du cancer utérin chez une femme qui avait déjà subi l'amputation du col de cet organe (M. Ripault, B. 4); un autre cas de cancer dans lequel le corps du même organe converti en un vaste cloaque, était l'aboutissant de deux ruptures du canal intestinal, l'une siégeant dans l'intestin grêle, l'autre dans le gros intestin (M. Husson fils); des tubercules développés dans le corps de l'utérus chez une femme phthisique (M. Hardy, B. 4); un abcès enkysté de la cavité utérine avec oblitération du col (M. Husson, B. 2); des petits kystes séreux développés dans la lèvre antérieure du col utérin (M. Sonnié-Moret, B. 8); une fausse membrane formée à la surface interne de l'utérus, chez une femme de 76 ans qui avait dans le corps et à la surface interne de ces organes des productions fibreuses (M. Vernois, B. 6).

On vous a présenté deux cas fort remarquables de grossesse tubaire dans lesquels la rupture de l'œuf avait eu lieu à des époques différentes de la grossesse, mais qui eurent toutes les deux ceci de commun que la rupture de l'œuf fut accompagnée d'une hémorrhagie abdominale qui détermina la mort en quelques heures (M. Dupré, B. 1, M. Cazeaux, B...).

Enfin, on vous a montré un cas dans lequel la trompe, remplie d'une matière tuberculeuse, avait été le point de départ d'une leucorrhée dont on était loin de soupçonner pendant la vie la nature et la source (M. Régot, B. 6). A ce sujet, je demanderai à hasarder une conjecture que semble justifier l'analogie. Vous vous rappelez que M. Reignier vous présenta de la matière tuberculeuse dans les vésicules séminales; or, serait-il impossible que si chez la femme une leucorrhée tuberculeuse peut avoir sa source dans la trompe, il ne pût arriver que chez l'homme une gonorrhée tuberculeuse eût sa source dans la vésicule séminale. Je sais que l'espace qu'aurait à parcourir la matière tuberculeuse dans ce dernier cas est beaucoup plus considérable. Mais enfin, je ne crois pas que cette supposition soit absolument dénuée de vraisemblance.

Ici, Messieurs, un rapprochement naturel se présente entre les altérations des parties génitales internes de la femme et celles des produits de la génération. Sous ce rapport, je dois mentionner la présence des tubercules dans le placenta d'une femme phthisique et qui avait aussi des tubercules dans l'utérus (M. Hardy, B. 4); la transformation hydatidaire du placenta avec atrophie du fœtus (M. Caffé, B...); divers cas de spina bifida qui vous ont été présentés par M. Lediberder (B. 5); et un cas re-

marquable de céphalœmatome que vous a montré M. Valleix (B...).

Quant aux altérations observées dans les parties génitales externes de la femme, je me bornerai à citer 1° un cas très curieux de tumeur encéphaloïde développée dans la cloison recto vaginale et s'étant ulcérée du côté du rectum (M. Sonnié-Moret B. 8) ; 2° un cas de perforation cancéreuse de la même cloison recto-vaginale (M. Reignier, B. 4) ; enfin, une gangrène des parties génitales chez les jeunes enfants, simulant des ulcérations syphilitiques.

Telle a été, Messieurs, l'abondante collection de faits qui vous a passé sous les yeux dans cours de cette année. Profondément convaincu que si toute Société scientifique n'a d'existence que par ses travaux, elle n'a, d'un autre côté, d'importance et d'utilité pratique que par l'usage qu'on peut faire des matériaux qu'elle apporte à la science, j'ai été guidé dans la rédaction de mon travail par ce principe ; qu'il fallait avant tout, dans un compte rendu, faciliter l'usage des matériaux dont il renferme le dénombrement. En deux mots, généraliser, dans de justes limites, des faits que le hasard a rassemblés, les ranger par catégories et indiquer scrupuleusement leur source, afin d'en faciliter la recherche et de rendre à chacun ce qui lui est dû ; tel a été le but constant de mes efforts. Si, pour atteindre ce but, j'ai cru devoir m'éloigner de la marche adoptée par mes honorables prédécesseurs, je déclare ici que ce n'est pas pour la puérile satisfaction de faire différemment des autres, et moins encore dans la pensée d'exercer une critique indirecte sur les travaux de ceux qui m'ont précédé.

Je croirais, Messieurs, manquer à une des conditions de mon mandat, si je terminais ce compte-rendu de vos séances sans rendre à celui qui les a dirigées un juste tribut d'éloges et de remerciements pour la manière dont il a exercé au milieu de nous cette magistrature toute de bienveillance et de conciliation qui lui mérite à un si haut degré notre affection et notre estime. C'est seulement à la condition d'une liberté absolue des discussions, que peut prospérer une Société où se trouvent des jeunes gens qui ont déjà un noble instinct de leur indépendance. Une telle Société ne peut se maintenir que sous un patronage qui s'exerce par la persuasion, par une entière impartialité, par un scrupuleux respect des droits de chacun, et par une bienveillance de tous les instants ; à tous ces titres, Messieurs, la Société anatomique n'a, j'en ai la conviction, aucun désir à former.

qui durent plus ou moins longtemps chaque fois ; ces maux de tête occupaient toute la périphérie du crâne ; la vue, encore libre, ne peut se fixer longtemps sans fatigue sur le même objet. L'ouïe est saine. les sens du goût et de l'odorat ne présentent aucune altération, les mouvements des diverses parties de la face s'exécutaient comme à l'état normal ; il n'existe aucune altération de la sensibilité ni de la motilité dans les membres. La céphalalgie persiste spécialement fixée aux deux régions sus-orbitaires.

Antérieurement à son entrée à l'hôpital, il a été soumis à un traitement, consistant d'abord dans des applications répétées de sangsues aux apophyses mastoïdes, ensuite dans des embrocations de suif à demi fondu sur tout le cuir chevelu.

2 avril. A son entrée, on lui administra une potion opiacée. Le lendemain on prescrivit : julep gommeux, pédiluve sinapisé, lavement avec miel mercurial 2 onces, exutoire avec la pommade ammoniacale sur le sommet de la tête ; le 8, on pratique un séton à la nuque.

Les choses restent à peu près dans le même état jusqu'au 17. Mais alors on remarque que les yeux sont larmoyants, la vue un peu trouble, la céphalalgie plus violente, surtout dans le côté droit de la tête, les moindres mouvements exaspèrent la douleur ; il existe un peu de constipation (Sécher l'exutoire ; dix sangsues derrière chaque oreille ; lavement émollient).

18. Un peu moins de douleur, plus de calme.

22 et 23. Malaise continu, pouls vifs et fréquent, face animée, constipation.

24. On aperçoit un érysipèle qui environne le séton, et s'étend de la racine des cheveux à la partie supérieure du dos ; le pouls est fréquent ; la constipation persiste (Supprimer la mèche du séton ; lavement avec l'huile d'olive 3 onces ; diète)

L'érysipèle reste borné aux parties qu'il avait envahies le premier jour ; dès le 25 on le voit pâlir, le 27 il avait entièrement disparu. En même temps les douleurs de tête paraissent se calmer, et le malade veut sortir de l'hôpital dans les premiers jours du mois de mai, se flattant d'une guérison qui ne fut pas de longue durée.

24 septembre. Le malade rentre à l'hôpital ; mais les cinq mois qui se sont écoulés depuis sa sortie ont amené un grand changement dans son état. Il est plus maigre, la face a pris un air étonné qu'elle n'avait point. Il existe une vive douleur fixée à la partie postérieure du crâne. L'œil droit offre un commencement d'amaurose ; la commissure labiale droite est paralysée ; le timbre

ne permet pas une alimentation suffisante, et que d'opération est indispensable dans ce cas, on jugea convenable d'attendre quelques jours avant d'employer ce dernier moyen. Pendant ce temps les fonctions s'exécutaient assez bien ; l'enfant ne témoignait aucune douleur ; il dormait paisiblement, ses mouvements étaient libres et faciles ; on ne remarquait point de suffocation, si ce n'est quand on le faisait boire. Alors, si on n'avait pas soin d'instiller le lait goutte à goutte, sa face se gonflait et rougissait, et il se retirait brusquement en arrière. Ce phénomène fut attribué à la difficulté de la déglutition. La coloration devenait chaque jour plus claire, comme chez les autres enfants ; les membres et le corps conservaient leur chaleur, et l'embonpoint n'était pas sensiblement diminué. Les choses se passèrent ainsi pendant huit jours entiers ; mais des exemples nombreux ayant prouvé que dans les cas où l'alimentation est aussi difficile, le dépérissement peut survenir rapidement et tuer en peu de temps les malades. M. Thévenot, malgré l'état satisfaisant de l'enfant, jugea l'opération nécessaire, et je la pratiquai sous ses yeux en présence de M. Auvity et de M. Lediberder, interne à l'hospice des Enfants-Trouvés. Je crois inutile de la décrire ; elle fut faite assez promptement, et n'occasionna qu'une perte de sang peu abondante. Pendant sa durée, l'enfant manifesta une vive sensibilité ; mais quelques instants après il se calma. Il ne prit qu'une cuillerée à café d'une potion de quatre onces, dans laquelle on avait mis un gros de sirop diacode, et néanmoins il fut dans un état de tranquillité parfaite pendant environ six heures. A deux heures après midi, il se manifesta des symptômes alarmants. La respiration devint tout à coup très pénible ; les inspirations brusques, courtes et singulières, ne se faisaient plus qu'à de longs intervalles. Le malade restait deux ou trois minutes sans respirer, et un véritable sanglot succédait à ce long repos.

Lorsque je vis le malade avec M. Lediberder, mon collègue, il y avait trois heures qu'il était dans cet état. Nous prêtâmes l'oreille à la région du cœur ; M. Lediberder n'en entendit pas distinctement les bruits. En me rapprochant du sternum, je les entendis parfaitement ; ils me parurent réguliers et un peu ralentis. Nous ne tirâmes aucune conséquence de ces particularités, et la grande faiblesse de l'enfant ne nous permit pas de prolonger notre examen. Cependant la face, loin d'être livide, paraissait décolorée ; les bras et les jambes étaient légèrement infiltrés.

Tous ces symptômes continuèrent de la même manière jusqu'au moment de la mort, qui arriva le lendemain, à six heures du matin.

25. Salivation ; on cesse l'usage du calomel ; gargarisme émollient opiacé.

* 30. La salivation diminue ; il existe quelques ulcérations superficielles à la face inférieure et sur les bords de la langue ; même douleur, mêmes symptômes cérébraux.

3 novembre. Vomissements abondans (Eau de Seltz, une pinte.)

Les vomissemens se calment pendant quelques jours : ils reparaissent le 7, le 8 et le 9, et cèdent à l'emploi de glace prise par petits fragments.

12. Délire une partie de la journée. (Diète.)

14. Même état ; le malade se plaint de persécutions imaginaires, prétend n'être plus malade, veut sortir de l'hôpital, dit ne plus sentir de douleur. Mêmes symptômes de paralysie.

15 et 16. Plus de calme, moins de délire.

20. Pas de fièvre, pas de douleur ; les deux commissures paraissent presque également mobiles ; parole plus facile ; la vue est toujours dans le même état.

Les mouvemens des deux commissures persistent ; la parole reste plus facile ; la sensibilité est toujours abolie.

10 décembre. Amaigrissement, faciès égaré, un peu de diarrhée (gom., julep, 3 bouillons.)

24. Epistaxis, langue noirâtre, selles fréquentes, pouls développé, diète.

25. Respiration bruyante embarrassée.

26. Mort à midi.

Autopsie Le 28, à dix heures du matin. — Parois du crâne peu épaisses, fragiles ; membranes saines, cerveau un peu piqueté, ventricule contenant quelques cuillerées de sérosité limpide, pédoncule droit du cerveau soulevé par la tumeur dont nous allons donner la description.

Cette tumeur, du volume d'une très-grosse noix, ovoïde, brunâtre dans quelques points, jaunâtre dans d'autres, paraissant formée par un kyste à sa partie supérieure, est logée dans la partie antérieure de la face occipitale droite sous la tente du cervelet, en dedans du rocher, paraissant oblitérer en partie l'ouverture de la tente du cervelet et le trou occipital. Cette tumeur est en rapport en dedans avec la face externe du pédoncule droit du cerveau, de la moitié droite de la protubérance annulaire, et en arrière avec la face antérieure du lobe droit du cervelet. Ces parties, refoulées par la tumeur, offrent à leur surface une excavation superficielle qui loge la tumeur. Celle-ci n'y adhère que fort peu au moyen d'un tissu cellulaire très-lâche et s'en

sépare facilement. Dans le point où cette espèce de cavité est formée par le cervelet, on voit à nu sa substance blanche. Quelques lames aplaties, atrophiées, se voient à la surface, recouvertes par l'arachnoïde saine. Cette tumeur se prolonge un peu dans le conduit auditif interne qui a subi une dilatation considérable; elle adhère au périoste de la partie postérieure de ce conduit, au-delà duquel elle semble prendre ses racines dans la substance osseuse.

Le nerf facial droit, comprimé par la tumeur, depuis son origine jusqu'à l'aqueduc de Fallope, est mince, grisâtre, paraît réduit à son névrilemme.

Le nerf acoustique, complètement détruit, vient se perdre après un court trajet en adhérant à la partie externe de la tumeur.

Les nerfs pneumo-gastrique, glosso-pharyngien et spinal, sont un peu comprimés par la partie inférieure, postérieure et interne de la tumeur: ils n'ont pas subi d'atrophie sensible.

Le nerf pathétique paraît allongé, sinueux, ainsi que le moteur oculaire commun et le trifacial; il est refoulé en haut, accolé à la partie supérieure de la tumeur, aminci, grisâtre, paraissant réduit à son névrilemme.

De plus, le moteur oculaire commun, dans l'étendue de deux lignes, offre un étranglement transversal gris comme s'il eût été fortement serré entre les mors d'une pince.

Le moteur oculaire externe est aplati et atrophié sur la partie externe de la tumeur.

Le nerf optique comprimé en arrière de la commissure adhère un peu à la tumeur sans avoir subi d'atrophie sensible.

La substance de la tumeur paraît formée à sa partie supérieure et interne de kystes contenant, les uns de la sérosité, les autres des caillots sanguins plus ou moins foncés. Dans les autres points elle est formée d'un tissu grisâtre médiocrement dur, assez vasculaire, gélatiniforme, en quelques points offrant un aspect analogue à celui de la substance cérébrale elle-même.

Thorax.—Cœur sain.

Poumon gauche hépatisé en rouge dans son lobe inférieur, offrant, disséminées dans ses deux lobes, des tubercules grisâtres ressemblant assez à de l'hépatiation grise.

Poumon droit simplement hépatisé en rouge.

Abdomen.—Foie sain; rate petite, de consistance normale. Rien dans les reins. Deux ulcérations peu étendues dans le grand cul-de-sac de l'estomac. Quelques rougeurs dans les parties les plus déclives des intestins.

Réflexions sur l'observation précédente; par M. FLEURY.

La compression qu'éprouvaient les nerfs encéphaliques avait lieu à droite; les lésions fonctionnelles des organes auxquels ils allaient se distribuer devaient aussi exister du même côté. La disposition de la tumeur, par rapport aux parties, a bien rendu compte de la plupart des symptômes observés, mais elle n'a pu tout expliquer.

Le malade distinguait à peine les objets du côté droit, mais à gauche il existait une cécité complète. Ce fait semblerait venir à l'appui de l'opinion des physiologistes qui admettent l'entrecroisement des nerfs optiques; en le supposant exact, on ne pourrait expliquer l'amblyopie qui existait à droite, que par la compression et la paralysie du nerf trifacial de ce côté.

L'odorat était conservé: M. Boyer ne dit point si la perception des odeurs avait lieu également des deux côtés, circonstance importante à noter pour savoir jusqu'à quel point le nerf olfactif pouvait fonctionner sans le secours des rameaux qu'envoie aux narines le maxillaire supérieur. Les muscles auxquels vont se distribuer la troisième, la quatrième, la sixième, la septième paires étaient paralysés.

L'ouïe était conservée de ce côté. En supposant le fait exact, il serait difficile à expliquer, puisque le nerf acoustique était entièrement détruit.

En outre, la langue avait perdu sa faculté gustative; la voix était rauque, l'articulation des mots gênée, la déglutition difficile; phénomène qu'explique bien la compression des nerfs lingual, grand hypoglosse, glosso-pharyngien et pneumo-gastrique. La compression de ce dernier nerf n'avait amené aucune gêne dans les fonctions respiratoires.

Pendant la dernière période de la maladie il était survenu des vomissemens, mais les ulcérations qu'a présentées la membrane muqueuse de l'estomac suffisaient pour en rendre compte; ils auraient pu d'ailleurs être sympathiques, et se lier à la présence de la tumeur, comme on en observe si fréquemment dans les maladies de ce genre.

On a de plus observé de la faiblesse dans le membre supérieur du même côté; cependant la tumeur ne s'engageait point dans le trou occipital, et ne pouvait exercer aucune compression sur l'origine des nerfs qui forment le plexus brachial. Il est à regretter que l'on n'ait point ouvert le canal vertébral, et examiné la moelle épinière et les nerfs qui en partent; les lésions qu'on y aurait peut-être trouvées auraient pu rendre compte du phénomène observé.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME NEUVIÈME. (1834.)

A

Abeas de l'aisselle, 2.
 — du cerveau, 171.
 — par congestion, 186.
 — enkysté du cerveau, 75, 171.
 — enkysté de la cavité utérine, 48.
 — de la fosse sous-scapulaire, 175.
 — des parois abdominales, 186.
 — sous-périostal, 188.
 — des vertèbres dorsales, 179.
 — de la vésicule biliaire, 155.
Absence de la cloison inter-auriculaire du cœur, 268.
 — complète des os unguis, 165.
 — de la rate, 272.
Acéphalocystes du rein, 79.
Altération particulière du foie, 7.
Anatomie de la peau de la patte d'un ours, 167.
 — de la colonne vertébrale (mémoire sur l'), 12.
Anencéphale, 101.
Anévrysme de l'aorte, 182.
 — de l'aorte abdominale, 284.
 — de la crosse de l'aorte, 139, 182.
 — de la sous-clavière gauche, 2.
 — du tronc brachio-céphalique, 175.
 — variqueux à la suite d'une saignée, 42.
Ankylose coxo-fémorale, 42.
 — du genou, 98.
Anomalie de l'artère brachiale, 40.
 — cubitale, 2.
 — épigastrique, 163.

— pédieuse, 2.
 — radiale, 203.
 — de l'articulation du calcaneum et du péroné, 97.
 — de la cloison interventriculaire, 268.
 — du cœur, 205, 206.
 — du foie, 217.
 — de l'intestin grêle, 18.
 — musculaire, 203.
 — des os molaires, 165.
 — du rein, 206.
 — de l'uretère, 206.
 — du vagin, 186.
 — des valvules conniventes, 6, 48.
 — du ventricule pulmonaire, 265.
Anus contre nature double ouvert dans l'utérus, 77.
Apoplexie cérébrale, 31.
 — pulmonaire, 99.
 — de la protubérance, 45.
Arthrite purulente du coude pied, 96.
 — fémoro tibiale, 208.
 — scapulo humérale, 175.
 — coxo-fémorale, 210.
Atrophie du foie, 7, 46, 101.
 — d'un hémisphère cérébral et cérébelleux, 175, 197.
 — partielle du cerveau et du cervelet, 197.
 — de la protubérance et du bulbe rachidien, 135.

B

Balle logée dans le poumon gauche, 169.
Bec de lièvre double, 101, 262.

C

- Cancer de la base du crâne, 171.
 — du canal médullaire de l'humérus, 200.
 — de la cloison recto-vaginale, 166, 218.
 — de la cloison vésico-vaginale, 100.
 — du col de l'utérus et de l'utérus (récidive), 8.
 — du col utérin, 47, 100.
 — de l'estomac et de l'intestin grêle, 6.
 — de l'estomac, 6, 45, 62, 185, 209, 212.
 — encéphaloïde du cerveau, 44.
 — — du sein, 6.
 — de l'épaulé, 42.
 — du doigt indicateur gauche, 174.
 — du foie, 47.
 — intra-rachidien, 109.
 — de la fosse occipitale, 275.
 — de l'œsophage, 184.
 — des os, 5, 42.
 — de l'os coxal, 209.
 — de la plèvre, 214.
 — du poumon, 185, 211.
 — de la protubérance annulaire du cerveau, 415.
 — du pylore, 185.
 — du rein gauche, 176.
 — du sein, 6, 124.
 — du testicule, 78, 184.
 — de l'utérus, 80.
 Caillot commençant à s'organiser dans l'estomac, 216.
 — oblitérant la veine porte hépatique, 156.
 — sanguin entre les feuillets de l'arachnoïde cérébrale, 171.
 — dans le cerveau, 176.
 Calcul biliaire passé dans l'intestin, 107.
 — biliaires, 46.
 — prostatique, 208.
 Carie (de la), 207,

- de la colonne vertébrale, 2.
 Caverne dans le cerveau, 177.
 — gangréneuse du poumon, 175.
 Colonne vertébrale (anatomie, physiologie, pathologie de là), 14.
 Compte rendu des travaux de la Société, par M. Chassaignac, 224.
 Concrétions osseuses de la veine cave inférieure, 156.
 — pierreuses de la trachée, 100.
 — ossiformes de la rate, 216.
 — entre la pie mère et le péduncule gauche du cervelet, 4.
 Corps étrangers dans le pharynx, 105.
 Coxalgie, 209.

D

- Destruction partielle de la voûte palatine, 99.
 Dilatation du bassin de l'artère, 8.
 — du cœur, 185.
 — de la veine porte, 194.
 — de la vésicule biliaire, 155.
 Division des os malaires, 103.

E

- Echymose de la face interne des cuisses et des parties génitales, à la suite d'une chute d'un lieu élevé, 84.
 Encéphaloïdes du poumon, 185.
 Epanchement apoplectique dans la cavité de l'arachnoïde cérébrale, 84.
 Epilepsie avec lésion appréciable, 44.
 Eschare gangréneuse au talon gauche, 215.
 — de la plante du pied, 180.
 Erosion de l'artère splénique dans une ancienne ulcération de l'estomac, 6.
 Etranglement interne, 104, 176, 185,

Exostose du tibia, 42.

— de nageoires et de vertèbres de poisson, 165.

F

Fistule au niveau de la quatrième côte, 475.

— Stercorale à travers le sacrum, 467.

— urétrale, 487.

— recto-vaginale, 78.

Fœtus anencéphale, 101.

Fongus de la dure-mère, 44.

— présumé de la dure-mère, 451.

Fracture de l'avant-bras, 470.

— de la base du crâne, 45, 456, 477, 481.

— du col du fémur, 99.

— du crâne, 69, 430, 481.

— du fémur, 74, 75.

— du fémur par une balle, 96.

— du fémur par suite d'ostéomalaxie, 44.

— de l'humérus cancéreux, 400.

— incomplète du grand trochanter, 75.

— de l'os coxal, 131.

— du pariétal gauche, 477.

— de la voûte orbitaire, 130, 477.

G

Gangrène des doigts, 484.

— de l'estomac, 6.

— de l'intestin, 77, 453.

— du pied, 480.

— du talon, 245.

— du poumon, 475.

— de la prostate, 248.

— sénile de la main, 480.

— des valvules conniventes, 6.

— de l'utérus, 47.

H

Héméralopie, avec amaurose incomplète, 445.

Hémiplégie du même côté que la lésion, 4.

Hémorrhagie cérébrale, 454.

— intestinale, 77, 485.

— dans l'ovaire, 474.

— pulmonaire, 99.

— sous lacapsule de Glisson, 184.

Hernies (mémoire sur les), 40.

— (sacs d), 400.

— crurale, 474, (opération de la), 473.

— crurale étranglée, 46, 76.

— ombilicale, 76.

— réduite spontanément, 79.

Hydatides du cou, 5.

Hypertrophie du cerveau chez un épileptique, 96.

— du cœur, 485.

— du foie, 7.

— de la membrane musculeuse de l'estomac, 45.

— des os de l'articulation coxo-fémorale, 240.

— de la rate, 456.

— du rein, 8.

— du ventricule gauche du cœur, 484.

I

Inflammation pseudo-membraneuse de l'utérus, 472.

— des vaisseaux lymphatiques, 245.

— des veines crurales et iliaques, 474.

Injection accidentelle des vaisseaux d'un caillot du cœur, 466.

— mercurielle dans le périoste, 427.

— des vaisseaux lymphatiques de la peau, 128.

— des vaisseaux lymphatiques et de la peau, 128, 467.

Instrument pour injecter le canal nasal, 469.

— pour lier les polypes nasaux et utérins, 469.

Insuffisance des valvules aortiques, 166.

Interruption du canal de l'utérus, 187.

Invagination intestinale, 166.
— du rectum, 217.

K

Kyste du cerveau, 4.

L

Laryngite sous muqueuse, 172.

Luxation du 5^e doigt de la main, 87.

— du coude en arrière, 178.

— incomplète de l'astragale, 97.

— du pied en avant, 97.

M

Mâchoire de vache, 176.

Maladie de Bright, 217.

— générale des os, 155.

— des os, 188.

Matière tuberculeuse dans les trompes utérines, 187.

Mélanose de l'estomac, 45.

— de l'intestin grêle, 46.

Métrite pseudo-membraneuse, 172.

Moignon cicatrisé, 80.

N

Nécrose (de la), 207.

— de l'ischion, 209.

— du tibia, 175.

O

Obliteration des artères du membre pelvien, 217.

— de l'artère pulmonaire, 208.

— artérielles diverses, 212.

— du col de l'utérus, 48.

— étendue des artères du membre abdominal, 212.

— incomplète du tronc brachio-céphalique, 166.

— de la mésentérique supérieure, 156.

— de la veine porte hépatique, 186.

Ossification de l'artère coronaire, 212.

Ostéomalaxie, 41, 158.

P

Paralysie incomplète du mouvement et du sentiment à droite, 21.

Pathologie de la colonne vertébrale, 44.

Perforation ancienne de l'estomac, 6.

— recto-vaginale, 100.

— de l'utérus, 9.

Péricardite, 15, 51.

— (bruits dans la), 15.

Péritonite (bruits dans la), 100, 156.

Phlébite partielle, 174.

Physiologie de la colonne vertébrale, 44.

Polype de l'estomac, 216.

— des fosses nasales, 96.

— utérin, 100.

— utérin gangréné, 17.

Porte-serre-nœuds, 169.

Production singulière dans le cerveau, 151.

R

Ramollissement général des os, 41, 155.

Ramollissement du cerveau, 151.

Rapport sur un anévrisme de la crosse aortique (M. A. Bérard), 148.

— sur la carie et la nécrose (M. Tessier), 208.

— sur un cancer de la fosse occipitale (M. Fleury), 278.

— sur un épanchement apoplectique dans l'arachnoïde cérébrale (M. Baillarget), 86.

— sur un calcul biliaire de l'im-

- testin (M. Maisonneuve), 103.
 — sur un cancer de la protubérance annulaire (M. Denonvilliers),
 — sur les tubercules de la moelle épinière (M. Ruz), 55.
 — sur la péricardite (M. Denonvilliers 58.
- Renversément du rectum, 217.
 Reproduction des os, 175.
 Rétrécissement du rectum, 78.
 Réunion incomplète d'une partie de doigt entièrement coupé, 29.
 Rhumatisme articulaire, aigu, 208.
 Rupture d'un anévrysme de l'aorte abdominale, 214.
 — du col utérin à la suite de manœuvres obstétricales, 8.
 — de la trompe à la 7^e semaine d'une grossesse tubaire, 8.
- S**
- Sarcocèle 78, 184.
 Scie de M. Heine, 175.
 Scirrhone, 101.
 Séquestre du tibia, 175.
 Spéculum à 2 branches, 166.
 Spina bifida, 159.
 — lombaire, 45.
 Spina ventosa, 176.
 Sphacèle de l'utérus, 47.
 Staphylôme postérieur de la sclérotique, 170.
 Sudamina, 63.
 Système musculaire (note sur le), 21.
- T**
- Transposition des viscères thoraciques abdominaux, 128.
 — irrégulière des organes, 265.
 Tremblement mercuriel, 63.
 Tubercule du cervelet, 24, 42.
 — du cervelet et de la protubérance annulaire, 24.
- de la moelle épinière, 48.
 — dans le placenta et dans l'utérus, 123.
 Tumeur aqueuse multiloculaire du cou, 5, 6.
 — athéromateuse du cuir chevelu, 75.
 — de la base du crâne, 44, 171.
 — du bassin, 209.
 Tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale, 209.
 — du coude, 41, 208.
 — du genou, 179.
 — comprimant le cervelet, 63.
 — encéphaloïde, dans l'arachnoïde rachidienne, 109.
 — — de la cloison recto-vaginale, 166, 218.
 — — du testicule, 78.
 — fibreuse du col utérin, 7.
 — — de la valvule de Vieussens, 151.
- U**
- Ulcérations de l'intestin grêle, 216, 217.
 — syphilitiques de l'intestin grêle, 217.
 — des plaques de Peyer, 185.
 — de cicatrice de l'estomac, 172.
 — du col ou corps de l'utérus (récidive), 8.
- V**
- Varices anévrysmales des veines de l'avant-bras, 42.
 — d'un sinus de la dure-mère, 181.
 Végétations de l'urètre, 8.
 — des valvules sigmoïdes de l'aorte, 55.
 Veine cave supérieure double, 264.
 Vue (perte de la), 24.

